

RAPPORT

2025

Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024: Fremgangsmåte og utvalgte resultater

Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024:

Fremgangsmåte og utvalgte resultater



Øystein Vedaa
Marit Knapstad
Thomas Sevenius Nilsen
Leif Edvard Aarø
Ragnhild Bang Nes
Lema Hussaini
Truc Trung Nguyen
Thor Indseth

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Område for folkehelse og forebygging
Avdeling for helsefremmende arbeid
April 2025

Tittel:

Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024: Fremgangsmåte og utvalgte resultater

Forfattere:

Øystein Vedaa
Marit Knapstad
Thomas Sevenius Nilsen
Leif Edvard Aarø
Ragnhild Bang Nes
Lema Hussaini
Truc Trung Nguyen
Thor Indseth

Andre bidragsytere:

Oslo kommune
Integrerings- og mangfoldsdirektoratet
Helsedirektoratet
Helse- og omsorgsdepartementet
Verian har ledet datainnsamlingen

Oppdragsgiver:

Oslo kommune
Prosjektleder i Oslo kommune: Silje Cathrine Ohrem
Prosjektleder i Verian: Kamila Angelika Hynek

Publikasjonstype:

Rapport

Bestilling:

Rapporten kan lastes ned som PDF på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

Grafisk designmal:

Per Kristian Svendsen og Grete Sjøimer

Grafisk design omslag:

Fete Typer

ISBN elektronisk: 978-82-8406-500-7

Emneord (MeSH):

Befolkningsstudier, fylker, helse, helserelatert atferd, levekår, livskvalitet, nærmiljø, psykisk helse, sosial ulikhet, utvalgsundersøkelse.

Sitering: Vedaa, Ø., Knapstad, M., Nilsen, T. S., Aarø, L. E., Nes, R. B., Hussaini, L., Nguyen, T. T., & Indseth, T. (2025). *Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024: Fremgangsmåte og utvalgte resultat* (Rapport 2025). Bergen: Folkehelseinstituttet.

Innhold

Sammendrag	5
1. Introduksjon	9
1.1 Innvandrerbefolkningen i Oslo	10
2. Metode	11
2.1 Utvalg, datainnsamling og frafall	11
2.2 Kommunikasjonsarbeidet i Oslo kommune	16
2.3 Spørreskjemaet	18
2.4 Statistiske analyser og rapporteringsarbeid	19
2.5 Viktige forbehold	23
3. Resultater: Oslo	25
3.1 Alder: Regioner i Oslo	25
3.2 Kjønn: Regioner i Oslo	26
3.3 Utdanningsnivå - femdelt: Regioner i Oslo	27
3.4 Todelt utdanningsnivå: Regioner i Oslo	28
3.5 God eller svært god helse	29
3.6 God eller svært god tannhelse	32
3.7 Fedme (KMI 30+)	35
3.8 Overvekt (KMI 25+)	38
3.9 Søvnproblemer (Insomni)	41
3.10 Gjennomsnitt HSCL: Psykiske plager	44
3.11 I stor grad påvirket av helseproblemer	46
3.12 Korsryggsmerter siste 28 dager	50
3.13 Nakkesmerter siste 28 dager	53
3.14 Høy sosial støtte	56
3.15 Ensomhet (UCLA-3)	59
3.16 Sammen med gode venner ukentlig eller oftere	62
3.17 Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid	65
3.18 Minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken	68
3.19 Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere	71
3.20 Daglig inntak av frukt eller bær	74
3.21 Daglig inntak av grønnsaker	77
3.22 Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere	80
3.23 Vegetarmiddag 1 gang per uke eller oftere	83
3.24 Inntak av grove kornproduktet flere ganger per dag	86
3.25 Daglig røyking	89
3.26 Daglig snusing	92
3.27 Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere	95
3.28 Alkoholenheter per gang	98
3.29 Episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere	101
3.30 Økonomiske vansker	104
3.31 Tilfredshet med livet	107
3.32 Fremtidsoptimisme	110
3.33 Det man gjør i livet er meningsfylt	113
3.34 Negative følelser siste 7 dager	116
3.35 Positive følelser siste 7 dager	119
3.36 Ensomhet	122
3.37 Støttende og givende sosiale relasjoner	125

3.38	Tillit til andre	128
3.39	Stedstilhørighet	131
3.40	Trygg i nærmiljøet	134
3.41	Engasjement	137
3.42	Plaget av støy hjemme	140
3.43	Boligen oppleves for liten	143
3.44	Har eller har hatt diabetes, kols eller hjerte-karsykdom	146
3.45	Udekket opplevd behov for tannlegetjenester	149
3.46	Udekket opplevd behov for psykiske helsetjenester	152
3.47	Opplevd fysisk eller psykisk vold eller voldtekt i løpet av livet	155
4	Oppsummering og diskusjon	158
4.1	Forskjeller på tvers av bydeler	158
4.2	Kjønnsforskjeller	159
4.3	Aldersforskjeller	160
4.4	Betydningen av utdanningsnivå	161
4.5	Betydningen av husholdningsøkonomien	162
4.6	Oslo kommune, sammenlignet med andre fylker	163
4.7	Innvandrerbefolkningen og utvalgte fødeland	166
4.8	Hovedtrekk for fødelandsgruppene	169
4.9	Oppsummering og konklusjon	170
4.10	Begrensninger ved datagrunnlaget	171
	Referanser	174
	Vedlegg 1: Spørreskjema	178
	Vedlegg 2: Spørsmål og skalaer i grunnmodulen for fylkeshelseundersøkelsene	179
	Vedlegg 3: Tilleggsspørsmål i Oslo	191
	Vedlegg 4: Tabell fylkessammenstilling	193
	Vedlegg 5: Tabeller med enkle frekvensfordelinger	200

Sammendrag

Innledning

Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024 er en del av Folkehelseundersøkelsene i fylkene (FHUS) og ble gjennomført som et samarbeid mellom Folkehelseinstituttet og Oslo kommune. Formålet har vært å fremskaffe oppdatert kunnskap om helse, livskvalitet og helseatferd blant voksne innbyggere, som et viktig grunnlag for målrettet folkehelsearbeid og tjenesteutvikling i byen.

Metode

Undersøkelsen benyttet et stratifisert utvalg på til sammen 161 756 innbyggere (18 år og eldre). For å sikre tilstrekkelig representasjon av unge voksne og ulike innvandrergrepper, ble det gjennomført oversampling av disse gruppene samt enkelte delbydeler med tradisjonelt lav svarprosent. Invitasjon og påminnelser ble sendt ut via e-post og SMS, med datainnsamling i perioden 4. november – 16. desember 2024. Totalt samtykket 45 480 personer til deltakelse (28,1 % svarprosent).

Hovedfunn

Folkehelseundersøkelsen i Oslo avdekker store variasjoner i helse, trivsel og levekår, med et tydelig øst-vest-skille. Vestlige bydeler preges av bedre helse og sosioøkonomiske forhold, mens det i flere østlige bydeler er høyere forekomst av helseproblemer, økonomiske vansker og lavere andeler som rapporterer høy sosial støtte. Undersøkelsen viser i tillegg at sentrumsnære bydeler kan ha andre typer utfordringer, blant annet trangboddhet.

Flere kjønns- og aldersforskjeller fremstår også som betydelige. En høyere andel kvinner rapporterer søvnproblemer og nakke- og korsryggplager, mens yngre voksne i rapporterer høyere nivåer av psykiske plager enn eldre. Samtidig avtar andelen fysisk aktive med økende alder, og ensomhet er mest utbredt blant de yngste.

Utdanningsnivå og husholdningsøkonomi har en særlig sterk sammenheng med helse og trivsel. Jo høyere utdanning og mindre anstrengt husholdningsøkonomi, jo lavere forekomst av både fysiske og psykiske helseplager og fedme. Overordnet ser den sosiale gradienten i helse og trivsel ut til å være sterkere forbundet med opplevd økonomisk situasjon enn med utdanningsnivå.

Sammenlignet med andre fylker har Oslo lav andel dagligrøykere, men samtidig høy snusbruk og et hyppigere alkoholkonsum. Byens yngre befolkning, store økonomiske variasjoner og et sammensatt demografisk bilde er trolig noe av det som gjenspeiles i mange indikatorer, deriblant høyere andel ensomhet, mer psykiske plager og lavere livstilfredshet. Likevel rapporterer mange om støttende relasjoner og relativt høy opplevd trygghet i nærmiljøet.

Innvandrere fra deler av Afrika, Asia og østlige Europa peker seg ut med dårligere selvrapportert helse, høyere ensomhet og lavere tillit sammenlignet med øvrig befolkning. Enkelte fødelandsgrupper har samtidig betydelig lavere alkoholkonsum enn snittet. De store forskjellene innenfor og mellom bydelene, inkludert variasjoner blant innvandrergrepper, understreker behovet for målrettede tiltak som tar hensyn til både sosioøkonomiske, kulturelle og helserelaterte faktorer.

Konklusjon

Undersøkelsen dokumenterer betydelige sosiale og geografiske helseforskjeller i Oslo. Den peker også på et stort sprik i helse og livskvalitet mellom ulike alders- og innvandrergupper. Funnene understreker behovet for målrettede folkehelseiltak og tjenester som tar hensyn til bydelenes og befolkningsgruppenes spesifikke utfordringer og ressurser. Dataene fra Folkehelseundersøkelsen vil benyttes videre av Oslo kommune og forskningsmiljøer for å utvikle kunnskapsbaserte strategier for et mer inkluderende og likeverdig folkehelsearbeid i hovedstaden.

Abstract

Introduction

The County Public Health Survey in Oslo 2024 is part of the Norwegian Counties Public Health Surveys (FHUS) and was conducted in collaboration between the Norwegian Institute of Public Health and the Municipality of Oslo. Its purpose was to provide updated knowledge on health, quality of life, and health behaviours among adult residents, serving as a foundation for targeted public health initiatives and service development in the city.

Methods

The survey used a stratified sample consisting of 161,756 residents aged 18 and above. To ensure adequate representation of young adults and various immigrant groups, oversampling was employed for these populations and selected sub-districts traditionally associated with lower response rates. Invitations and reminders were distributed via email and SMS, with data collection taking place from November 4 to December 16, 2024. A total of 45,480 individuals consented to participate, yielding a response rate of 28.1%.

Main findings

The County Public Health Survey in Oslo reveals substantial variations in health, well-being, and living conditions, with a distinct east-west divide. Western districts generally show better health and socioeconomic conditions, while several eastern districts report higher rates of health problems, financial difficulties, and lower proportions experiencing high social support. Additionally, the survey indicates that centrally located districts face other specific challenges, such as overcrowded housing.

Several sex- and age-related differences are also pronounced. A higher proportion of women report sleep disturbances and neck and lower-back pain, while younger adults report higher levels of psychological distress than older adults. Meanwhile, the proportion of physically active individuals decreases with age, and loneliness is most prevalent among the youngest residents.

Educational attainment and household economy show a particularly strong association with health and well-being. Higher educational levels and less financial strain correlate with lower rates of physical and mental health problems, as well as obesity. Overall, the social gradient in health and well-being appears to be more strongly linked to perceived financial circumstances than to educational level.

Compared to other counties, Oslo has a lower proportion of daily smokers but a higher prevalence of snus use and more frequent alcohol consumption. The city's younger population, significant economic disparities, and diverse demographic profile likely contribute to several indicators, including higher proportions experiencing loneliness, psychological distress, and lower life satisfaction. Nonetheless, many report supportive relationships and a relatively high perceived safety in their local neighbourhoods.

Immigrants from parts of Africa, Asia, and Eastern Europe stand out with poorer self-reported health, higher levels of loneliness, and lower trust compared to the general population. At the same time, certain immigrant groups have significantly lower alcohol consumption than average. The considerable differences within and between districts, including variations among immigrant populations, highlight the need for targeted interventions that address socioeconomic, cultural, and health-related factors.

Conclusion

The survey documents substantial social and geographic health disparities in Oslo. It also highlights considerable differences in quality of life across age groups and among immigrant populations. These findings emphasize the need for targeted public health measures and services addressing the specific challenges and resources of districts and population groups. Data from the County Public Health Survey in Oslo will be utilized by Oslo Municipality and research communities to develop evidence-based strategies aimed at promoting more inclusive and equitable public health efforts in the capital.

1. Introduksjon

Folkehelseundersøkelsene i fylkene (FHUS) er hjemlet i forskrift om oversikt over folkehelsen § 7. Målet med undersøkelsene, som skal omfatte den voksne befolkningen, er å fremskaffe informasjon som er viktig for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet i fylker og kommuner. Viktige tema som inngår er selv-rapportert helse, livskvalitet, helserelatert atferd og vurderinger av lokale forhold som kan ha betydning for folkehelsen. En viktig side ved Folkehelseundersøkelsene er blant annet at de skal produsere nye data, slik at folkehelsearbeidet og det regionale utviklingsarbeidet kan baseres på et dagsaktuelt kunnskapsgrunnlag. Folkehelseundersøkelsene skal dessuten supplere det vi har av informasjon fra andre kilder, for eksempel fra registre, fra nasjonale undersøkelser og fra undersøkelser som er mer medisinske og som for eksempel omfatter måling av blodtrykk og innsamling av biologisk materiale.

Hvis undersøkelsene gjennomføres standardisert med samme spørreskjema og innsamlingsmetode, og dersom kvaliteten på dataene sikres gjennom representative utvalg og høy svarprosent, vil resultatene kunne sammenlignes mellom fylker og opp mot nasjonale tall. Over tid vil man også kunne følge utviklingen både innenfor det enkelte fylke og på tvers av fylkene. Muligheten til slike sammenligninger, geografisk og over tid, var et viktig premiss da Helse- og omsorgsdepartementet først beskrev disse undersøkelsene.

Nasjonalt er data fra Folkehelseundersøkelsene allerede i bruk som noe av grunnlaget for fylkesvise sykdomsbyrdeanalyser¹ og vil etter hvert også bli presenterte gjennom Norgeshelsen², KommuneHelsen³ og KommuneHelseprofilene⁴. Data blir stilt til disposisjon for fylkeskommunene samt regionale og lokale forskningsmiljø for videre analyser og for å sikre best mulig nytte av dataene. Analyser basert på data fra Folkehelseundersøkelsene i fylkene blir dessuten publiserte i vitenskapelige artikler [f.eks. 1, 2-26].

Det lages også tabeller med tall for hver enkelt kommune (i Oslo: delbydeler). Når kommunene/delbydelen er svært små, slik at det kan oppstå problemer med anonymiteten, blir tallene ikke oppgitt.

I samarbeid med fylkeskommunene er det utviklet et spørreskjema som blir brukt i alle Folkehelseundersøkelsene. Undersøkelsen i Oslo var basert på en revidert versjon av dette skjemaet. Skjemaene som er benyttet så langt er tilgjengelige på Folkehelseinstituttets hjemmesider⁵.

I likhet med andre fylker som gjennomfører folkehelseundersøkelsen, hadde Oslo kommune anledning til å inkludere et begrenset antall egne spørsmål i tillegg til grunnmodulen. I denne undersøkelsen ble det blant annet lagt til spørsmål om rusmiddelbruk, inkludert bruk av hasj/cannabis, andre narkotiske stoffer og misbruk av reseptbelagte legemidler. Videre ble det spurt om erfaringer med vold og overgrep, samt om traumatiske opplevelser. Flere spørsmål var også knyttet til fysisk og psykisk helse, blant annet forekomst av diabetes, kols og hjerte- og karsykdom, udekket behov for psykiske helsetjenester, udekket behov for

¹ <https://www.fhi.no/div/forskningssentre/senter-sykdomsbyrde/fylkesvise-resultater-om-sykdomsbyrde/>

² <http://www.norgeshelsen.no/norgeshelsen/?language=no>

³ <http://khs.fhi.no/webview/>

⁴ <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/>

⁵ <https://www.fhi.no/div/helseundersokelser/fylkeshelseundersokelser/sporreskjema/>

tannhelsetjenester og funksjonshindringer relatert til syn, hørsel, bevegelse og kognitive vansker.

Det ble også inkludert spørsmål om miljømessige belastninger, som opplevd plager fra støy, støv, lukt og annen forurensning. I tillegg ble deltakernes helsekompetanse kartlagt. Det ble lagt til spørsmål om seksuell identitet og orientering. Disse tilleggsmodulene gir mulighet for mer nyanserte analyser av helseutfordringer og tjenestebehov som er spesielt viktig å kartlegge for Oslo. De Oslo-spesifikke spørsmålene vil i hovedsak bli analysert av Oslo kommune selv eller av forskningsmiljøer som søker tilgang til data.

Etter hvert som fylkene gjennomfører undersøkelsen, blir hovedrapportene lagt ut på Folkehelseinstituttets hjemmesider. Rapporter fra tidligere undersøkelser finnes på fylkeshelseundersøkelsenes hjemmeside⁶. I denne rapporten presenterer vi resultater fra Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024.

1.1 Innvandrerbefolkningen i Oslo

Omtrent 35 prosent av Oslos befolkning har innvandrerbakgrunn, definert som personer som enten selv har innvandret eller som har to foreldre som har innvandret til Norge. Andelen som selv har innvandret, utgjør cirka 26 prosent (SSB tabell 09817). Det er betydelige variasjoner i andelen med innvandrerbakgrunn mellom Oslos bydeler. I bydeler som Grorud, Stovner, Søndre Nordstrand og Alna ligger andelen på mellom 50 og 60 prosent, noe som er langt over landsgjennomsnittet. Til sammenligning ligger andelen på omtrent 20 prosent i bydeler som Nordstrand, Ullern og Vestre Aker, altså nær eller litt under landsgjennomsnittet (SSB tabell 05752). I Folkehelseundersøkelsen i Oslo er respondentenes fødeland hentet fra Folkeregisteret. Denne definisjonen avviker noe fra SSBs definisjon av innvandrere, men de to er likevel tilstrekkelig sammenfallende til at resultatene fra Folkehelseundersøkelsen i Oslo gir meningsfull informasjon om helse, livsstil og livskvalitet blant innvandrere i Oslo.

Oslo er det fylket i landet som har høyest andel innvandrere og etterkommere. Oslo er dermed byen hvor det er flest personer med innvandrerbakgrunn i både antall og andel, noe som i seg selv underbygger behovet for økt kunnskap om nettopp denne delen av Oslos befolkning. Økt svarprosent og styrket representativitet blant personer med innvandrerbakgrunn i Oslo, har en betydelig merverdi nasjonalt, regionalt og lokalt i Norge. Av disse grunner bidro Helsedirektoratet, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet med midler, slik at undersøkelsen best mulig evnet å fange opp de store innvandrergroppene og sikre respons fra geografiske områder i Oslo som tradisjonelt sett har hatt lavere oppslutning i denne typen undersøkelser.

⁶ <https://www.fhi.no/hs/fylkeshelseundersokelser/>

2. Metode

2.1 Utvalg, datainnsamling og frafall

Undersøkelsen i Oslo ble planlagt og gjennomført i tett samarbeid mellom Folkehelseinstituttet (Område for folkehelse og forebygging) og Oslo kommune (Helseetaten), mens Verian hadde ansvaret for selve datainnsamlingen. Spørreskjemaet finnes tilgjengelig via lenken i vedlegg 1. Vedlegg 2 gir en oversikt over spørsmålene i grunnmodulen, mens vedlegg 3 beskriver kort tilleggsspørsmålene som Oslo kommune inkluderte, og som inngår i analysene i denne rapporten.

Gitt den store og heterogene innvandrerbefolkningen i Oslo var det en utfordring å sikre oppslutning blant ulike innvandrergrupper. Det ble foretatt en grundig gjennomgang av ulike undersøkelser og erfaringer med svarprosenten på ulike språk. Vurderingen av språk ble videre sett opp mot landbakgrunnen til de største innvandrergruppene i Oslo, ulike gruppers innvandringsgrunn og botid, samt erfaringer med språk og oversettelsesbehov under covid-19 pandemien. På bakgrunn av disse vurderingene ble undersøkelsen oversatt til følgende språk: Engelsk, Polsk, Urdu, Arabisk, Somali, Tigrinja og Ukrainsk.

Målgruppen for undersøkelsen var personer i alderen 18 år og eldre, bosatt i Oslo kommune. Per 01.01.2024 utgjorde denne gruppen 585 738 personer, hvorav 584 622 hadde registrert adresse i kommunen. Etter å ha fjernet personer som var reservert for digital kommunikasjon, samt dem uten unike telefonnumre og e-postadresser, var det endelige bruttoutvalget på 161 756 personer.

For å sikre tilstrekkelig datagrunnlag for analyser av spesifikke demografiske undergrupper, ble det gjennomført et stratifisert uttrekk med tre hovedkomponenter: (1) 1200 personer per delbydel. I bydelene Sentrum og Marka er innbyggertallet 18+ under 1200, og alle ble invitert; (2) et forsterket utvalg av personer i aldersgruppen 18-29 år i utvalgte områder; (3) et forsterket utvalg av personer med fødeland i Eritrea, Irak, Pakistan, Polen, Somalia, Syria eller Ukraina; (4) i delbydelene Veitvet, Linderud, Grorud, Romsås, Fossum, Rommen og Furuset ble 100 % av befolkningen invitert som ledd i en forsterket satsning på Groruddalen. Totalt omfattet utvalget 165 835 personer før justeringer for duplikater og digitale kommunikasjonsforbehold. Etter ytterligere kvalitetskontroller og fjerning av uoppnåelige kontaktpunkter, mottok 161 756 personer en invitasjon til undersøkelsen.

Datainnsamlingen ble gjennomført i perioden 04. november – 16. desember 2024. Den første invitasjonen ble sendt ut 04. november, med utsendelser fordelt på ulike bydeler. Deltakerne mottok invitasjoner både via e-post og SMS, hvor de ble informert om undersøkelsens formål, varighet og kontaklinformasjon for eventuelle spørsmål.

Personer som ikke besvarte undersøkelsen innen gitte frister, mottok påminnelser. Det ble sendt totalt fire påminnelser, hvorav tre via SMS og én via e-post. De to første SMS-påminnelsene inneholdt ikke en direkte lenke til undersøkelsen, ettersom denne antas å være synlig i mottakerens meldingshistorikk. Den siste SMS-påminnelsen var mer utfyllende og inkluderte en ny lenke til undersøkelsen.

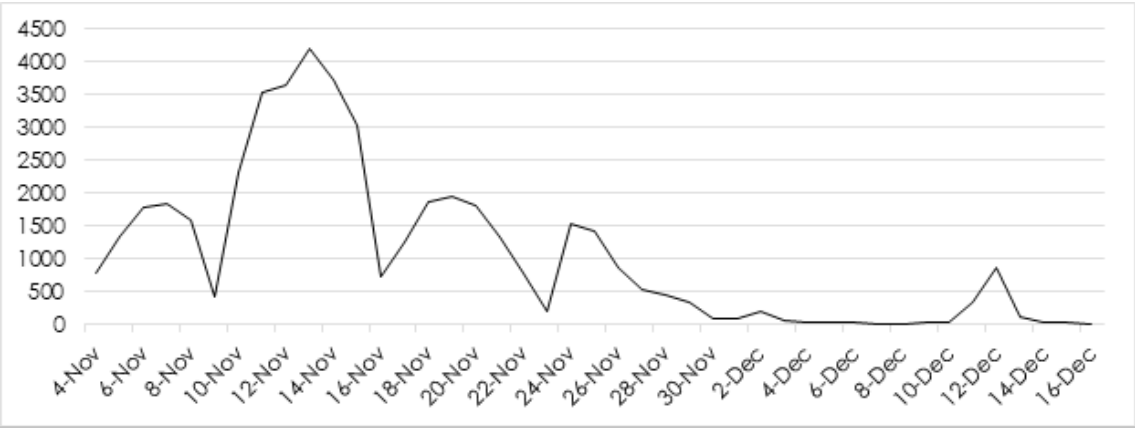
I delbydelene Fossum og Rommen ble det sendt ut opptil tre påminnelser: to via SMS og én via e-post. Deretter ble det trukket et underutvalg fra disse delbydelene som i tillegg fikk telefonpåminnelser fra et flerspråklig intervjukorps. Formålet med telefonpåminnelsene var å undersøke om dette kunne bidra til høyere svarprosent. Et annet tiltak for å øke svarprosenten

var å sende ut skriftlig informasjon i forkant av undersøkelsen. I bydel Sagene mottok enkelte respondenter derfor også et postkort før undersøkelsen startet, som en metodisk test av om dette ville føre til flere svar. Datoer for invitasjoner og påminnelser er presentert i Tabell 2.1.

Tabell 2.1: Datoer for utsending av invitasjon og påminnelser (etter rapport fra Verian) [27].

Bydel	Invitasjon	Påminnelse 1 (SMS)	Påminnelse 2 (e-post)	Påminnelse 3 (SMS)	Påminnelse 4 (SMS)	Feltslutt
Stovner	04.nov	08.nov	13.nov	15.nov	11.des	16.des
Grorud	05.nov	11.nov	18.nov	22.nov	11.des	16.des
Alna	06.nov	12.nov	18.nov	22.nov	11.des	16.des
Bjerke	07.nov	13.nov	19.nov	24.nov	11.des	16.des
Søndre Nordstrand	08.nov	14.nov	19.nov	24.nov	11.des	16.des
Nordstrand	10.nov	15.nov	20.nov	25.nov	12.des	16.des
Østensjø	10.nov	15.nov	20.nov	25.nov	12.des	16.des
Gamle Oslo	11.nov	17.nov	21.nov	26.nov	11.des	16.des
Grünerløkka	12.nov	18.nov	22.nov	27.nov	12.des	16.des
Sentrum	12.nov	18.nov	22.nov	27.nov	12.des	16.des
Sagene	12.nov	18.nov	22.nov	27.nov	12.des	16.des
St. Hanshaugen	13.nov	19.nov	24.nov	28.nov	12.des	16.des
Nordre Aker	13.nov	19.nov	24.nov	28.nov	12.des	16.des
Frogner	14.nov	20.nov	25.nov	29.nov	11.des	16.des
Ullern	14.nov	20.nov	25.nov	29.nov	12.des	16.des
Vestre Aker	15.nov	21.nov	26.nov	02.des	12.des	16.des
Marka	15.nov	21.nov	26.nov	02.des	12.des	16.des

Hvordan deltakelsen i undersøkelsen utviklet seg fra dag til dag vises i Figur 2.1.



Figur 2.1: Utfylte skjema etter dato.

I analysene som presenteres i denne rapporten, skiller vi mellom ulike bydeler i Oslo. Oslo kommune er både en kommune og et fylke, og inndelingen i bydeler gir en mer detaljert forståelse av helse- og levekårsvariasjoner innen byen. I disse analysene er Sentrum inkludert i Bydel St. Hanshaugen, og Marka er integrert i Bydel Nordre Aker. Innbyggere bosatt i Marka er

spredt utover Oslo, men majoriteten mottar allerede kommunale tjenester fra Nordre Aker, og det er også vanlig praksis blant de ulike etatene i Oslo å knytte Markaboerne til denne bydelen. Denne integreringen bidrar samtidig til å sikre at antallet respondenter (N) per bydel blir mer jevnt fordelt, noe som styrker sammenligningsgrunnlaget mellom bydeler. Resultatene i rapporten presenteres dermed for følgende bydeler:

- Gamle Oslo • Grünerløkka • Sagene • St. Hanshaugen (inkludert Sentrum) • Frogner • Ullern
- Vestre Aker • Nordre Aker (inkludert Marka) • Bjerke • Grorud • Stovner • Alna • Østensjø • Nordstrand • Søndre Nordstrand



Figur 2.2: Bydeler i Oslo.

Kart er tilgjengelig fra lokalhistoriewiki.no⁷. Bildet er frigitt av opphavspersonen og kan fritt brukes og endres.

Tabell 2.2 viser hvor mange som ble inviterte til å være med i undersøkelsen og hvor mange som faktisk deltok etter bydel i Oslo (ikke-vektede tall). Oppslutningen per bydel varierte fra 20,2 til 34,3 %.

Tabell 2.3 viser svarprosent etter kjønn og aldersgruppe (ikke-vektede tall). Vi ser at svarprosenten er langt høyere blant kvinner enn blant menn. Svarprosenten varierer betydelig over aldersgrupper for begge kjønn, og særlig blant menn. Blant kvinnene er svarprosenten høyest i aldersgruppen 70-79 år (49,7 %) og lavest blant de yngste (23,6 %). Blant menn er svarprosenten også høyest i aldersgruppen 70-79 år (47,4 %) og lavest i den yngste aldersgruppen, der bare 15,1 % besvarte skjemaet.

⁷ <https://lokalhistoriewiki.no/wiki/Fil:Bydeler-Oslo-2004.png>

Tabell 2.2: Fordeling av inviterte og det endelige utvalget etter bydel i Oslo.

Bydel	Antall samtykkende	Antall inviterte	Svarprosent
Gamle Oslo	4 782	16 569	28,86
Grünerløkka	3 202	11 409	28,07
Sagene	2 108	7 257	29,05
St. Hanshaugen	2 510	9 391	26,96
Frogner	3 510	13 237	26,52
Ullern	2 138	6 285	34,02
Vestre Aker	2 936	8 830	33,25
Nordre Aker	3 578	10 659	33,55
Bjerke	3 692	13 874	26,61
Grorud	3 073	11 477	26,78
Stovner	2 276	11 244	20,24
Alna	3 722	15 098	24,65
Østensjø	2 778	8 270	33,59
Nordstrand	2 709	7 899	34,30
Søndre Nordstrand	2 466	10 257	24,04
Alle	45 480	161 756	28,12

Merk. Bydel Sentrum er slått sammen med St. Hanshaugen og bydel Marka er slått sammen med Nordre Aker.

Tabell 2.3: Svarprosent etter kjønn og aldersgruppe.

Alder	Kvinner			Menn		
	Antall samtykkende	Antall inviterte	Svarprosent	Antall samtykkende	Antall inviterte	Svarprosent
18-29	5 531	23 489	23,6	3 325	21 970	15,1
30-39	5 273	18 401	28,7	4 051	19 379	20,9
40-49	4 347	13 831	31,4	3 544	14 774	24,0
50-59	4 211	11 055	38,1	3 709	12 000	30,9
60-69	3 290	7 418	44,4	2 837	7 819	36,3
70-79	2 174	4 377	49,7	2 021	4 262	47,4
80+	600	1 653	36,3	567	1 328	42,7
Alle	25 426	80 224	31,7	20 054	81 532	24,6

Tabell 2.4 viser svarprosenten for ulike fødelandsgrupper i undersøkelsen basert på en inndeling som også benyttes av SSB⁸. Enkelte fødeland kunne ikke grupperes etter de standardiserte kriteriene, og derfor er disse ikke inkludert i tabellen. I tillegg ble noen landgrupper (G25 og G92) holdt utenfor analysen, da disse hadde et for lavt antall

⁸ <https://www.ssb.no/klass/klassifikasjoner/546>

respondenter til å gi pålitelige resultater. For noen deltakere var også fødelandet ukjent i Innkallingsregisteret.

Tabell 2.4: Svarprosent etter fødelandsgruppe.

Fødelandsgrupper	Antall samtykkende	Antall inviterte	Svarprosent
Norge	31 928	96 060	33,2
Norden utenom Norge	1 264	3 543	35,7
EU/EFTA fram til 2004 utenom Norden	1 568	4 590	34,2
Nye EU-land etter 2004	1 637	8 038	20,4
USA og Canada samt Australia og New Zealand	427	1 281	33,3
Europa utenom EU/EFTA/Storbritannia	1 493	6 026	24,8
Afrika	1 951	14 179	13,8
Asia	4 621	25 347	18,2
Amerika utenom USA og Canada	466	2 068	22,5

En mulig feilkilde i undersøkelser som denne er seleksjon. Seleksjon handler om at de som deltar svarer forskjellig fra dem som ikke deltar (hvis de hadde deltatt). For eksempel har en del studier funnet at deltakere i befolkningsbaserte studier har bedre helse enn dem som ikke svarer [28]. Er det slik, vil datamaterialet vise et mer positivt bilde av helsetilstanden i befolkningen enn det som er realiteten.

Under datainnsamlingen i Oslo ble det foretatt en oversampling av både yngre (18–29 år) og enkelte innvandrergupper. Formålet med denne tilpasningen var å sikre et større antall observasjoner enn det som normalt ville blitt oppnådd i disse gruppene. I tillegg ble det trukket et forsterket utvalg av personer med bakgrunn fra Polen, Ukraina, Somalia, Pakistan, Eritrea, Syria og Irak. Denne målrettede utvalgsstrategien bidrar til å gi mer pålitelige estimater for disse gruppene, samtidig som det legger til rette for mer presise analyser av helse- og levekårsforskjeller i byen. Likevel løser ikke oversampling alle utfordringene knyttet til seleksjon, da svarprosenten ofte er lavere blant de yngste og enkelte innvandrergupper. Dette betyr at seleksjonsproblemet fortsatt er størst i disse gruppene, og at det må tas hensyn til dette ved tolkning av resultatene.

Sammenligninger mellom de som svarte med en gang og de som svarte etter purringer basert på data fra en lignende folkehelseundersøkelse (Hordaland i 2018), viser at de som svarer etter én eller to purringer på de utfallsmålene som er med i disse undersøkelsene ikke skiller seg vesentlig fra dem som svarer etter første invitasjon [2]. Dette kan bety at en noe lavere svarprosent ikke nødvendigvis bidrar til økte skjevheter på de utfallsvariablene som inngår.

Vi vet ikke i hvilken grad en høyere deltakelse enn de inntil 46,5 prosentene som på det meste har deltatt i Folkehelseundersøkelsene i fylkene ville endret resultatene.

2.2 Kommunikasjonsarbeidet i Oslo kommune

I folkehelseundersøkelsene er det i hovedsak fylkene selv, eller i dette tilfellet Oslo kommune, som står for kommunikasjonsarbeidet. For å sikre høy deltagelse fra et representativt utvalg av Oslos befolkning ble det lagt ned en stor innsats i kommunikasjonsarbeidet i kommunen. Det

ble utarbeidet en kommunikasjonsstrategi, som la vekt på å formidle nytteverdien av å delta i undersøkelsen og på at var trygt å svare på undersøkelsen. Det ble også lagt vekt på at både spørsmålene i undersøkelsen og budskapene i de ulike kommunikasjonskanalene skulle være enkle å forstå.

Basert på erfaringer fra andre undersøkelser, ble det iverksatt kommunikasjonstiltak rettet mot utvalgte målgrupper i tillegg til tiltakene rettet mot den generelle befolkningen. De utvalgte målgruppene var eldre, unge voksne og personer med innvandrerbakgrunn. Bydelene og frivillige organisasjoner ble invitert til samlinger for å sammen utarbeide kommunikasjonstiltak og planlegge arbeidet mot de ulike målgruppene. I det følgende presenteres eksempler på tiltak rettet mot de ulike målgruppene til undersøkelsen.

Generelle befolkningen og eldre

Plakater (både fysiske og digitale) og informasjonsark om undersøkelsen ble produsert og distribuert gjennom bibliotekene og via lokale tiltak i bydelene. I tillegg ble det laget tre ulike animasjonsfilmer som ble publisert på sosiale medier og brukt i målrettet annonsering. Bydelene hadde også ansvar for å utvikle egne lokale tiltak med støtte fra materiell produsert av Helseetaten. Blant tiltakene var stands på lokale knutepunkter, utdeling av informasjonsmateriell, informasjonsmøter for innbyggerne, målrettet annonsering på sosiale medier, artikler i lokalaviser samt orienteringer til bydelspolitikere og ansatte.

Det ble lagt ekstra vekt på å synliggjøre undersøkelsen ved naturlige kontaktpunkter mellom innbyggerne og Oslo kommune. Kommunens sentralbord ble forberedt på å besvare generelle spørsmål, og det ble opprettet et eget telefonnummer og en e-postadresse for henvendelser knyttet til undersøkelsen. Spørsmål relatert til personvern ble videreformidlet til FHI. I tillegg ble det laget en egen informasjonsside på Oslo kommunes nettsider og publisert nyhetsartikler på kommunens hjemmeside. Deichman-bibliotekene tilbød utlån av PC og hadde synliggjort både fysisk og digitalt informasjonsmateriell om undersøkelsen. Ansatte i ulike bydelsbaserte tjenester ble orientert slik at de kunne svare på spørsmål fra innbyggerne, og en egen veileder ble utarbeidet for å sikre konsistent informasjon ved alle kontaktpunktene. Til slutt ble det sendt ut pressemeldinger og håndtert pressehenvendelser underveis i undersøkelsen.

Personer med innvandrerbakgrunn

Spørreskjemaet ble oversatt til syv språk (engelsk, arabisk, somali, tigrinja, polsk, urdu og ukrainsk). I tillegg ble informasjonen på kommunenes nettsider samt plakater og annet informasjonsmateriell gjort tilgjengelig på de samme språkene. For å nå bredere ut til målgruppen ble det laget videoer til promotering i sosiale medier og radiospotter som ble sendt på kanaler med mange lyttere fra målgruppene, begge deler produsert på de syv språkene.

I Groruddalsbydelene (Stovner, Alna, Grorud og Bjerke) ble det iverksatt ekstra tiltak rettet spesielt mot personer med innvandrerbakgrunn. Tiltakene inkluderte blant annet ansettelse av ungdommer til promotering av undersøkelsen i to av bydelene, bruk av frivillige ildsjeler i én bydel, samt gjennomføring av informasjonsmøter. Videre ble undersøkelsen markedsført gjennom målrettet annonsering i sosiale medier og artikler i lokalavisene. Bydelsoverlegene fungerte som tillitspersoner i formidlingsarbeidet, og i én av bydelene ble det også gjennomført telefonoppringninger til innbyggere som ikke hadde svart.

Unge fra 18 til 29 år

For å nå målgruppen unge voksne mellom 18 og 29 år, ble det etablert et samarbeid med influenser Patrick Makosir, som bidro med innhold i sosiale medier. Det ble utviklet en egen «Oslosokk», brukt både som premiering og som materiell for å synliggjøre undersøkelsen. I tillegg ble det tilbudt ekstra premier, blant annet gavekort til festivaler. Ungdomsredaksjoner i bydelene bidro aktivt med omtale og deling i sosiale medier, og ungdomsråd og ungdomsredaksjoner ble engasjert direkte i arbeidet med å spre informasjon. Videre ble det arrangert stands i lokalmiljøene og på arenaer med mange unge, arrangert egne ungdomsrettede arrangementer og gjennomført målrettet annonsering på sosiale medier.

En del av kommunikasjonsmaterialet som ble brukt ligger tilgjengelig på Oslo kommunes nettside⁹. Oslo kommune vil også utarbeide en egen dokumentasjonsrapport for sitt arbeid med folkehelseundersøkelsen, som vil inneholde flere detaljer om kommunikasjonsarbeidet.



Foto: Robin Bøe

2.3 Spørreskjemaet

Spørreskjemaene til Folkehelseundersøkelsene i fylkene består av en grunnmodul og en tilleggsmodul. Grunnmodulen er felles for alle fylker og inneholder spørsmål som er standardisert på tvers av undersøkelsene. Tilleggsmodulen gir hvert fylke anledning til å inkludere spørsmål av spesiell relevans for deres befolkning.

Oslo skiller seg fra de øvrige fylkene ved å være både kommune og fylke. I denne undersøkelsen fungerer Oslo kommune dermed som fylkesnivået, og undersøkelsen er tilrettelagt på samme måte som de øvrige fylkesvise folkehelseundersøkelsene.

I denne rapporten presenteres først og fremst resultater fra spørsmålene i grunnmodulen. Grunnmodulen holdes mest mulig lik på tvers av fylkene og over tid for å sikre muligheten til å sammenligne resultater mellom fylker og følge utviklingen over tid. Samtidig har det vært behov for enkelte revisjonsrunder for å gjøre kvalitetsutbedringer. Det har blitt gjennomført revisjonsrunder i 2019, 2020/21 og 2022/23.

Den mindre revisjonen som ble gjennomført vinteren 2022/23 ble gjort for å forkorte grunnmodulen. Dette med tanke på å redusere total lengden på skjemaet og for å gi hvert fylke mer rom for å legge inn egne spørsmål. I 2020 ble det gjort en større revisjon av grunnmodulen. Den ble gjennomført av en arbeidsgruppe med representanter fra Folkehelseinstituttet og en av fylkeskommunene. Revisjonene ble gjort etter innspillsrunder høsten 2020 med fylkeskommunene, representanter fra utvalgte enkeltkommuner, samt relevante fagmiljø internt på Folkehelseinstituttet og eksternt (bl.a. ved SSB).

Basert på erfaringer fra spørreskjemaet som ble brukt i Møre og Romsdal i februar 2021, ble det gjort noen få, mindre justeringer. Livskvalitetsmodulen er revidert av rådgivende gruppe

⁹ <https://www.oslo.kommune.no/folkehelse/folkehelseundersokelsen-i-oslo-2024/>

for livskvalitetsmåling, nedsatt av Helsedirektoratet. Den reviderte versjonen er basert på en tidligere revidert kjernemodul som forelå 1. mars 2019. Denne kjernemodulen ble utviklet av Folkehelseinstituttet i samarbeid med fylkeskommunene, og er fortsatt i hovedsak uendret. En del av de endringene som ble gjort før undersøkelsene i Hordaland og i Sogn og Fjordane er også beholdt. Til sist er de fleste av spørsmålene som ble brukt i undersøkelsene i 2019 og 2020 (Agder, Troms og Finnmark, Nordland og Rogaland) fortsatt med. For enkelte av disse spørsmålene er det vel og merke gjort mindre justeringer i spørsmålsformulering og/eller svaralternativer. I Vedlegg 1 til denne rapporten blir det gitt en lenke til spørreskjemaet som ble brukt i Oslo. En detaljert spørsmålsoversikt og redegjørelse for skåringsprosedyrer og operasjonalisering av spørsmålene i grunnmodulen presenteres i Vedlegg 2.

2.4 Statistiske analyser og rapporteringsarbeid

En oversikt over den fullstendige fordelingen på de fleste utfallsvariablene som presenteres i rapporten er gitt i Vedlegg 5 i denne rapporten. I diagrammene, som utgjør hoveddelen av resultatpresentasjonen i rapporten, er de kategorielle utfallsvariablene kodet om til dikotomier. De er med andre ord delt inn i to grupper, for eksempel høy grad av sosial støtte sammenlignet med alle øvrige nivåer.

Sammenhengene med prediktorer (geografi, kjønn, alder, utdanning, vurdering av husholdningens økonomi) beskrives ved bruk av prosenter og 95-prosents konfidensintervall. Konfidensintervallene (KI) er et uttrykk for presisjon og usikkerhet når vi skal bruke tallene som er regnet ut på grunnlag av utvalgsdata for å si noe om populasjonen. Konfidensintervallene fanger bare opp den usikkerheten som skyldes størrelsen på utvalget. De fanger ikke opp noen av de systematiske feilene som gjerne oppstår på grunn av frafall.

Dikotome og metriske variable, justering og vektning

Noen variabler er metriske eller kan betraktes som metriske. Eksempler på dette er alder og sumskår for psykiske plager (gjennomsnittet av skårer på enkeltledd). Også de variablene som besvares på en skala fra 0-10 betraktes her som metriske. For alle disse regner vi ut gjennomsnitt og 95-prosent konfidensintervall.

Det aller første diagrammet (Figur 1) som presenteres i rapporten viser den gjennomsnittlige alderen til innbyggerne i hver enkelt bydel i Oslo. Deretter presenteres andelen kvinner etter bydel (Figur 2) og utdanningsnivå fordelt på fem kategorier, også dette etter bydel (Figur 3). Disse tre første figurene er deskriptive, og formålet med dem er å gi en innledende oversikt over grunnleggende demografiske og sosioøkonomiske kjennetegn ved bydelene, før vi ser nærmere på sammenhenger med utfallsvariablene. Figur 4 er også deskriptiv og viser andelen innbyggere med universitets- eller høyskoleutdanning (minst to år) i Oslos bydeler, med tall separat for kvinner og menn. Figuren gir dermed innsikt i både kjønnsforskjeller og geografiske variasjoner i utdanningsnivå i byen. Til sammen gir disse fire figurene en nyttig bakgrunn for å forstå variasjonen mellom bydelene, noe som er viktig når vi senere skal tolke resultater som er relatert til helse, livskvalitet og andre utfallsvariabler.

Presentasjon av resultater (stolpediagrammer og tabeller)

For hver utfallsvariabel kjører vi et bestemt sett av analyser. Først oppgis tallet (prosenten eller gjennomsnittet samt konfidensintervall) for hele materialet. Deretter oppgis tallene separat for menn og kvinner (igjen med konfidensintervall).

Så vises utfallsvariabelen brutt ned på bydeler innen Oslo både uten justering og med justering for kjønn, alder og utdanning. Utdanningsvariabelen er her utstyrt med en ekstra kategori som består av de som er skoleelever eller studenter eller er under 26 år gamle. Variabelen «høyeste fullførte utdanning» gir bare mening dersom man er ferdig med utdanningen eller har nådd en alder der man normalt skal ha fullført utdanningen man tar. Ved å benytte en ekstrakategori, beholder vi et størst mulig antall observasjoner i analysene der utdanning inngår som kontrollvariabel.

Siden den demografiske sammensetningen (etter kjønn, alder og utdanning) kan variere på tvers av bydeler, har vi valgt å justere for demografi når vi sammenligner bydeler. Det at vi justerer betyr i denne sammenhengen at vi beregner tall for hver enkelt region under den forutsetning at bydelene har lik fordeling på kjønn, alder og utdanning. Dersom forskjellene mellom bydelene blir mindre tydelige etter justering, betyr det at noe av forskjellen skyldtes ulikheter i den demografiske sammensetningen.

Hver utfallsvariabel presenteres etter utdanningsnivå og kjønn. Her er det justert for alder, og analysene blir bare gjort på data fra dem som er 26 år eller eldre og som ikke er under utdanning. Deretter presenteres utfallsvariabelen etter alder og kjønn uten justering for noen andre variabler. Videre presenterer vi utfallsvariabelen etter rapportert husholdningsøkonomi (i hvilken grad pengene strekker til i det daglige) og kjønn, med justering for alder.

Hver utfallsvariabel presenteres også fordelt på fødelandsgrupper, basert på en inndeling som også benyttes av SSB¹⁰: 1) Norge, 2) Norden utenom Norge, 3) EU/EFTA frem til 2004 (unntatt Norden), 4) nye EU-land etter 2004, 5) USA/Canada/Australia/New Zealand (her er landgruppe G14 (USA og Canada) og G15 (Australia og New Zealand) slått sammen), 6) øvrige europeiske land utenfor EU, 7) Afrika, 8) Asia og 9) Amerika utenom USA og Canada. Landgruppene G25 (n=2) og G92 (n=7) er holdt utenfor analysen, da det var for få respondenter med disse landgruppene som fødeland til å gi egne tall for disse. For 116 av deltakerne kunne ikke fødelandet grupperes i henhold til SSBs fødelandsstandard. For hver av fødelandsgruppene vises resultatene både ujustert og justert for kjønn og alder.

I tillegg presenteres resultatene for utvalgte fødeland: Norge, Polen, Ukraina, Somalia, Eritrea, Pakistan, Syria og Irak, samt en samlegruppe for øvrige fødeland ("Andre"). Disse resultatene vises separat for kvinner og menn, og er justert for alder.

Denne tilnærmingen gir et godt grunnlag for å forstå hvordan helse og livskvalitet varierer mellom ulike befolkningsgrupper i Oslo, samtidig som den i noen grad tar hensyn til demografiske forskjeller som kan påvirke resultatene.

Resultatene blir illustrert med stolpediagrammer som også viser prosenter eller gjennomsnitt for hele fylke/kommunen og 95 prosenters konfidensintervall. Gjennomsnittet for hele Oslo er markert med en rød linje i figurene. Merk at denne røde linjen viser gjennomsnittet for alle deltakere samlet, ikke gjennomsnittet av subgruppene. Ved enkelte sammenligninger vil derfor gjennomsnittet i stor grad påvirkes av større undergrupper.

Siden utvalgsstørrelsen varierer mellom delbydelene i Oslo, og fordi det er gjort målrettet oversampling av utvalgte grupper (enkelte fødeland og yngre deltakere), har det vært nødvendig å benytte vekting i de fleste statistiske analysene. Vektingen tar hensyn til trekkedesign og selektivt frafall etter kjønn, alder, delbydelstørrelse og innvandrestatus.

¹⁰ <https://www.ssb.no/klass/klassifikasjoner/546>

Vekten korrigerer for både design og frafall samtidig. Formålet er at det vektete utvalget i størst mulig grad skal justere for skjevheter i frafall og speile befolkningssammensetningen i Oslo. Vektene er i tillegg laget slik at det totale antallet observasjoner etter vekting er omtrent likt antall observasjoner før vekting.

De fleste stolpediagrammene har y-akser (vertikale akser) som starter på den laveste verdien på skalaen, oftest tallet 0 (null). Dette blir vanligvis anbefalt. Hvis en starter y-aksen på verdier som er høyere enn den laveste verdien, for eksempel på 50 % i stedet for på null prosent, kan forskjellene mellom gruppene virke større enn de faktisk er. Vi har likevel noen ganger valgt å la y-aksen starte på tall større enn skalaens laveste verdi. Dette fordi det da blir lettere å se variasjonen på tvers av enheter, og det blir lettere å lese av størrelsen på konfidensintervallene.

I denne rapporten presenteres, som nevnt ovenfor, tall for bydeler innen kommunen. I et sett av tilleggs-tabeller blir det gitt tall for den enkelte delbydel på alle utfallsvariablene som er med i denne rapporten. Tallene presenteres også separat for menn og kvinner. For hvert gjennomsnitt eller hver prosent som presenteres i delbydelstabellene, oppgis også 95 prosent konfidensintervall. Dette tabellverket er oversendt Oslo kommune.

Analyse, effektstørrelser og tolkning av resultater

Når utfallsvariablene er dikotome, benytter vi logistisk regresjon med postestimering for å få ut justerte prosenter. Postestimeringene tar hensyn til at det er ulike antall respondenter på tvers av grupper, og aggregerer den gjennomsnittlige statistiske påvirkningen av justeringsvariablene for hver deltaker¹¹. Når utfallsvariablene er metriske (for eksempel 0-10-skalaene), benytter vi GLM (General Linear Modelling).

De fleste statistiske analysene er gjort ved bruk av survey-modulen (SVY) i STATA, versjon 18. Noen supplerende analyser og kontroll av analysene er gjort ved bruk av Complex-modulen i SPSS.

Når vi beskriver forskjeller mellom grupper på utfallsmål der det er benyttet skalaer med tall fra 0-10, er det vanskelig ut fra tallene å si noe meningsfylt om størrelsen på disse forskjellene. For noen av utfallene er det mulig å bruke inndeling i lav/middels/høy skår etter standarder fra SSBs livskvalitetsmålinger [29]. Der vi presenterer gjennomsnitt på skalaene (0-10), har vi valgt å beskrive forskjeller mellom grupper ved hjelp av effektstørrelser (tilsvarende Cohens *d*) [30]. Når en regner ut Cohens *d*, benyttes vanligvis et standardavvik som beregnes med utgangspunkt i standardavvikene innen hver av gruppene som inngår (eng. *pooled standard deviation*). Vi har forenklet litt ved å dele forskjellen mellom gruppene på variabelens standardavvik uavhengig av gruppene.

Cohen har gitt retningslinjer for hvordan en skal karakterisere effektstørrelser. En effektstørrelse på 0,20 betyr at effekten er liten. Når den er på 0,50 er effekten middels og når den er 0,80, er effekten stor. Når en for eksempel benytter effektstørrelser til å beskrive effektene av psykologisk behandling i randomiserte kontrollerte forsøk, er dette sannsynligvis en passende begrepsbruk. I vår sammenheng er det annerledes. Vi benytter effektstørrelser blant annet til å beskrive forskjeller mellom store grupper i samfunnet, for eksempel mellom regioner innen fylker (eller bydeler innen en by). I denne sammenhengen virker Cohens begrepsbruk litt for konservativ. Vi har derfor valgt å si at effektstørrelser som er minst 0,10, men mindre enn 0,25 er små, at effektstørrelser fra og med 0,25 og til med 0,49 er middels, og

¹¹ <https://www.stata.com/manuals/u.pdf>

at effektstørrelser på 0,50 eller mer, er store. Cohen har selv anbefalt at man ikke følger hans vurdering av effektstørrelser slavisk, men vurderer bruken i hver enkelt kontekst [30].

I Folkehelseundersøkelsen i fylkene kan vi noen ganger benyttet effektstørrelser når vi har sammenlignet regioner eller bydeler og deres avvik fra gjennomsnittstall for hele fylke eller byen. Siden disse forskjellene ofte er små kan det være viktig å skille mellom de uvesentlige forskjellene og de som betyr litt mer. Når vi ser på sammenhenger mellom utfallsvariabler og demografiske variabler som kjønn, alder og utdanning, er sammenhengene oftest sterkere og lettere å tolke uten å benytte effektstørrelser. Likevel hender det også at vi benytter effektstørrelser i slike sammenhenger.

Kategorisering av 0–10-skalaer

På en del av utfallsmålene er det benyttet skalaer som går fra 0-10, og det er angitt hva ytterpunktene på skalaene betyr. På spørsmålet om «Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tiden?» betyr tallet 10 «Svært fornøyd» og tallet 0 (null) betyr «Ikke fornøyd i det hele tatt». Når en regner ut gjennomsnittstall og standardavvik, kan det imidlertid være vanskelig å forstå hva tallene egentlig betyr. For å bøte litt på dette problemet har vi, slik som beskrevet ovenfor, benyttet effektstørrelser der vi opererer med regler for hva som er små, middels og store effekter. I andre sammenhenger gir gjennomsnittstall intuitivt mer mening, for eksempel når en angir gjennomsnittlig høyde eller gjennomsnittlig bruttoinntekt.

For å gjøre resultatene mer forståelige, har vi på en del av 0-10-variablene laget kategorier. På spørsmålet om tilfredshet med livet har vi for eksempel sagt at svar i området 0-5 betyr lav grad av tilfredshet. Svar fra 6-8 sier vi tilsvarende middels tilfredshet. De som har svart 9-10 sier vi har høy grad av tilfredshet. Dermed kan vi rapportere andel med lav og andel med høy grad av tilfredshet både totalt og i undergrupper. Slike inndelinger i «Lav», «Middels» og «Høy» er det mulig å foreta når det er etablert normer for en slik inndeling. Vi har her basert oss på inndelinger som benyttes i rapporter fra Statistisk sentralbyrås livskvalitetsundersøkelse [29]. Hvordan vi har satt kategorigrensene er beskrevet under de aktuelle figurene i hoveddelen (del 3) av denne rapporten.

Når en kategoriserer metriske variabler, utnytter man informasjonen i dataene noe dårligere enn når man baserer analysene på hele skalaene. En ser bort fra variasjonen i skårer innen kategorier. Men siden antall observasjoner i FHUS-undersøkelsene er høyt, vil resultater som beskrives ved hjelp av kategorier og prosenter som regel stemme godt overens med de resultatene vi får ved å analysere direkte på skala-variablene.

Bruk av kunstig intelligens

Denne rapporten er den første fra folkehelseundersøkelsene der kunstig intelligens (KI) har vært brukt som støtte i skrivearbeidet. Vi har benyttet kunstig intelligens utviklet av OpenAI (modell GPT-4, primært o1) via API for å utarbeide et førsteutkast til figurtekstene i rapporten. Det er imidlertid viktig å understreke at alle tekster generert ved hjelp av kunstig intelligens har blitt grundig gjennomgått, kontrollert og justert av rapportens forfattere før ferdigstilling. Bruken av kunstig intelligens i denne sammenhengen har først og fremst fungert som en støtte i formuleringsarbeidet, med hensikt å bidra til effektivitet og klarhet i rapporten. Erfaringene fra denne prosessen kan være nyttige i framtidige rapporter fra folkehelseundersøkelsene.

Om trekking av utvalg, vekting og justeringer

Utvalgene i Folkehelseundersøkelsene i fylkene er trukket på en slik måte at de er representative. Dette er ikke det samme som rent tilfeldige utvalg. For å få et større antall observasjoner i de minste geografiske enhetene (kommuner eller bydeler), trekker vi her prosentvis ekstra store utvalg. Men innen hvert geografisk område trekker vi i de fleste datainnsamlingene rent tilfeldig. Men i noen datainnsamlinger har vi trukket ekstra mange fra bestemte subgrupper, for eksempel yngre personer. At vi trekker ulike prosenter i ulike geografiske områder og subgrupper, må vi kompensere for når vi analyserer data. Dette gjøres ved å vekte data. Det betyr at svar fra de personene som kommer fra områder eller grupper der vi har trukket en høy andel må telle mindre. Tilsvarende må vi vekte opp (la hvert svar telle mer) i områder og grupper der vi prosentvis har trukket ut en lav andel. Dette kalles designvekting. I tillegg til dette kan dataene vektet slik at en tar hensyn til hvordan gruppene fordeler seg i befolkningen (populasjonsvekting). I den foreliggende rapporten har vi benyttet en kombinasjon av designvekting og populasjonsvekting.

Dette må ikke forveksles med det å justere en forskjell mellom grupper for andre variabler. Dersom vi for eksempel vil sammenligne regioner innen fylket (eller bydeler innen en kommune), kan vi regne ut tallene utfra den forutsetning at alle regionene/bydelene har samme kjønnsfordeling, samme aldersfordeling og samme fordeling på utdanningsgrupper. Dette får vi til ved å bruke ulike varianter av multipl regresjonsanalyse.

2.5 Viktige forbehold

Når vi i oppsummeringen og i teksten ellers har karakterisert tallene for undergrupper som «høye» eller «lave» eller som «positive» eller «mindre positive», er det viktig å merke seg at disse vurderingene er relative. Det dreier seg hele tiden om sammenligninger med gjennomsnittene på tvers av grupper. Tallene for andel som spiser frukt eller bær daglig i et bestemt geografisk område kan for eksempel karakteriseres som høye. Men så lenge tallet ligger langt under nasjonale anbefalinger, er det lavt ut fra et folkehelseperspektiv.

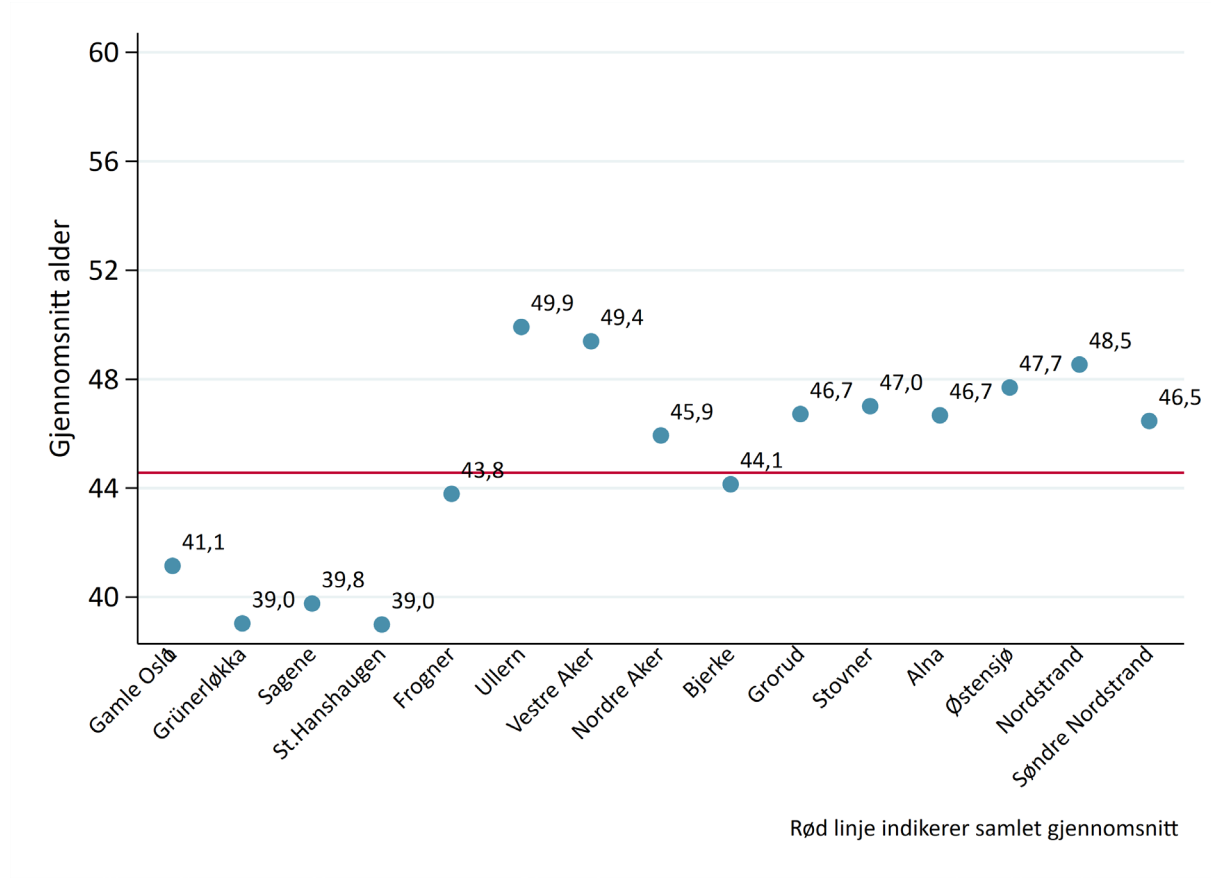
Deltakelsen i undersøkelsen i Oslo var, som allerede nevnt, på 28,1 % (45 480 svar av totalt 161 756 utsendte invitasjoner). Det er som regel usikkerhet med hensyn til om slike undersøkelser er helt representative for befolkningen. Derfor er det tryggest å legge vekt på resultater som er nokså klare, eller som inngår i konsistente mønstre av resultater. Den litt lavere svarprosenten i Oslo sammenlignet med tidligere datainnsamlinger i FHUS skyldes blant annet at vi har oversamlet grupper der svarprosenten vanligvis er lav.

Statistikk på gruppenivå kan avdekke tendenser og ulikheter mellom grupper, men det er viktig å huske at slikt tallmateriale ikke sier noe sikkert om enkeltindividene i hver gruppe. Variasjonen innad i en gruppe kan ofte være større enn forskjellen mellom to grupper. Derfor må man unngå å trekke bastante konklusjoner om enkeltpersoner basert på gjennomsnittstall eller andeler. Samtidig gir gruppestatistikk verdifull innsikt som kan bidra til å målrette folkehelseiltak mot de gruppene som har størst behov – enten tiltakene gjennomføres av kommunen, helsemyndighetene eller av gruppene selv. På den måten kan vi bruke kunnskap om ulikheter i befolkningen til å utforme tiltak som er mer treffsikre, samtidig som vi anerkjenner at hver enkelt person likevel har sin unike situasjon.

3. Resultater: Oslo

3.1 Alder: Regioner i Oslo

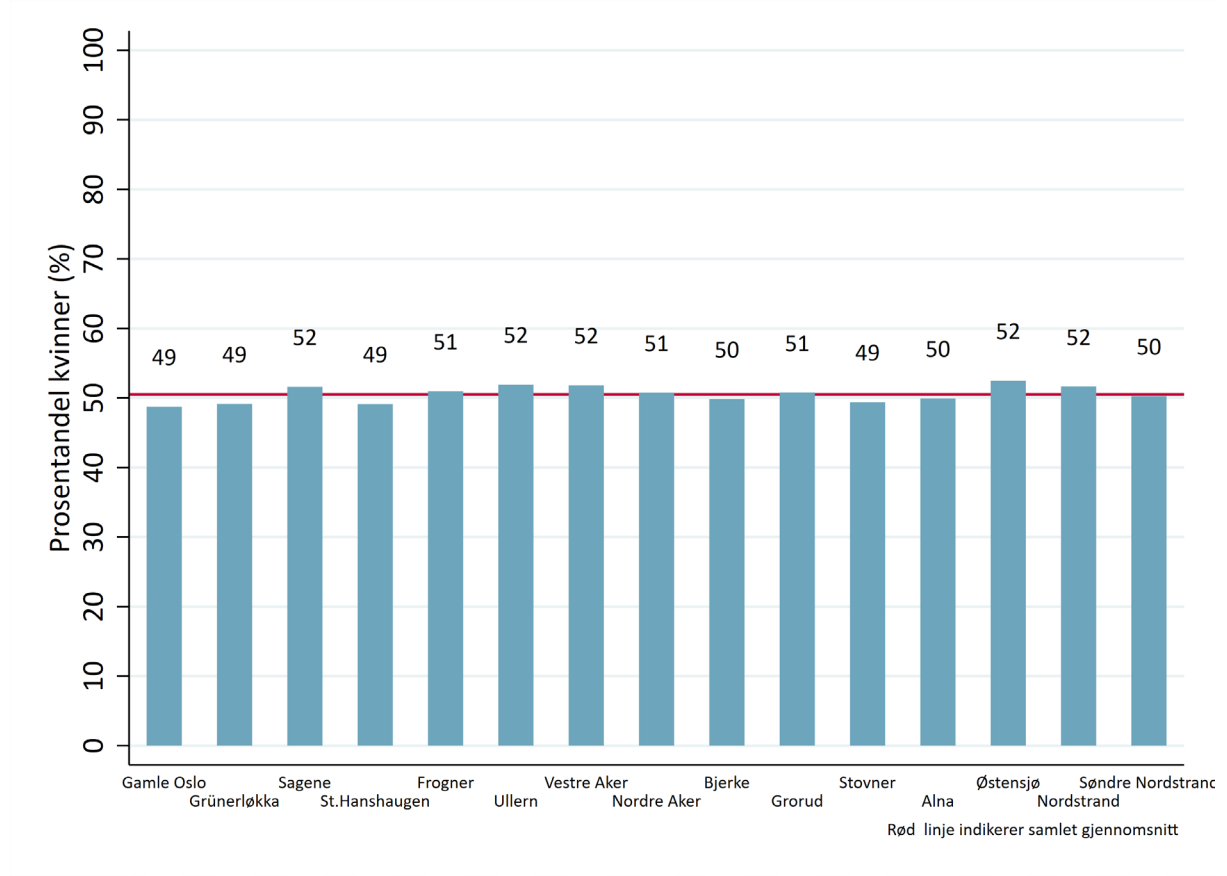
Figur 1: Alder etter regioner i Oslo



Figur 1. viser gjennomsnittlig alder for deltakerne i ulike bydeler i Oslo, der den røde linjen markerer snittalderen for hele byen. Vi ser at enkelte sentrumsnære områder som Grünerløkka, Sagene og St. Hanshaugen ligger under det generelle snittet, mens bydeler som Frogner, Ullern og Nordre Aker har en høyere gjennomsnittsalder. Dermed illustrerer figuren hvordan det er klare aldersforskjeller mellom ulike deler av Oslo.

3.2 Kjønn: Regioner i Oslo

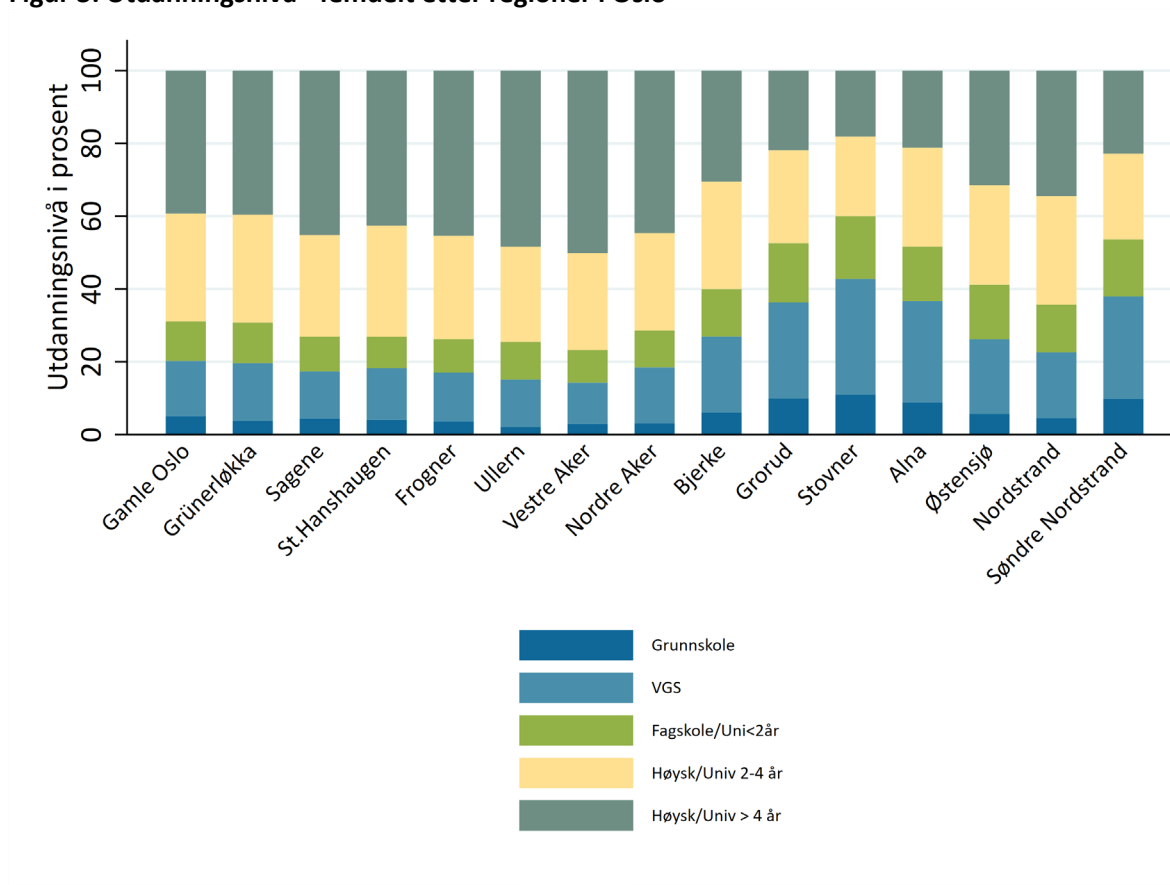
Figur 2: Kjønn etter regioner i Oslo



Figur 2 viser andelen kvinner blant deltakerne i Oslos bydeler, med en rød linje som markerer byens samlede gjennomsnitt (omtrent 50 prosent kvinner). Vi ser at andelen kvinner varierer lite mellom de ulike bydelene – de fleste ligger mellom 49 og 52 prosent. Enkelte bydeler har en andel som er marginalt høyere eller lavere enn gjennomsnittet, men generelt er kjønnsfordelingen relativt jevn i hele Oslo.

3.3 Utdanningsnivå - femdelt: Regioner i Oslo

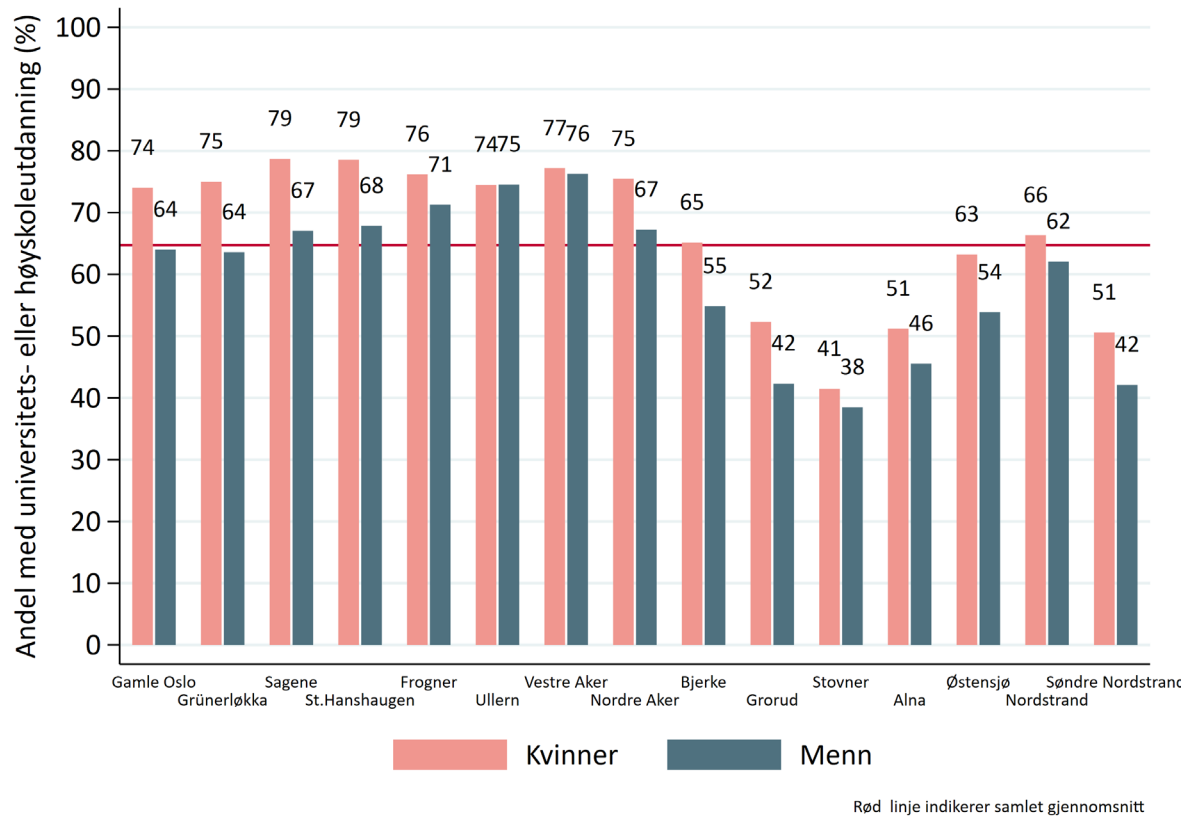
Figur 3: Utdanningsnivå - femdelt etter regioner i Oslo



Figur 3 viser fordelingen av deltakernes utdanningsnivå i Oslos bydeler, fordelt på fem kategorier: grunnskole, videregående skole, fagskole/universitet (2–3 år), høyskole/universitet (2–4 år) og høyskole/universitet (4 år eller mer). Vi ser at flere av de sentrale og vestlige bydelene (for eksempel St. Hanshaugen, Frogner, Ullern, Vestre Aker og Nordre Aker) har en relativt høy andel innbyggere med lengre universitets- eller høyskoleutdanning. I kontrast har enkelte østlige bydeler (som Grorud, Stovner og Alna) en større andel innbyggere med grunnskole eller videregående som høyeste fullførte utdanning. Samlet sett viser figuren hvordan utdanningsnivået varierer tydelig mellom ulike deler av Oslo.

3.4 Totelt utdanningsnivå: Regioner i Oslo

Figur 4: Totelt utdanningsnivå etter regioner i Oslo

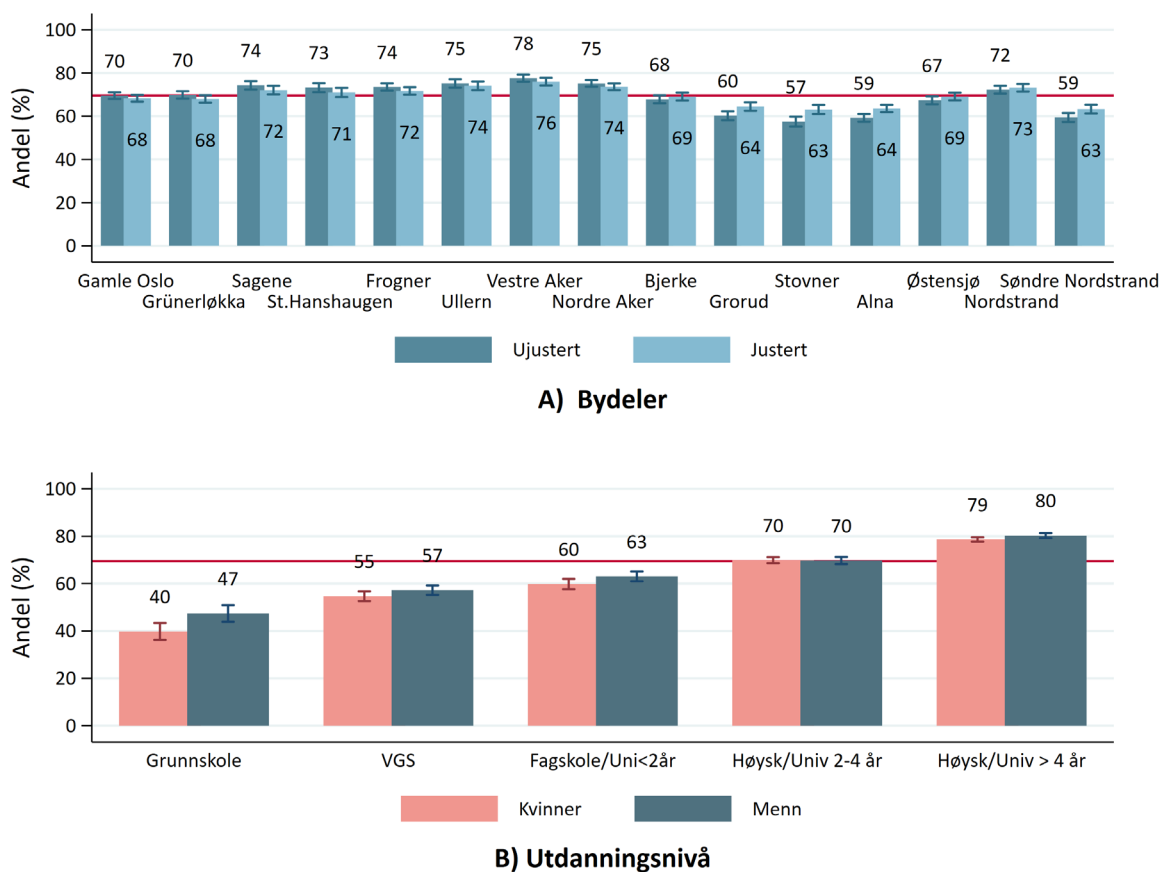


Figur 4 viser andelen kvinner og menn med universitet- eller høyskoleutdanning (minst to år) blant deltakerne i ulike bydeler i Oslo. Vi ser at kvinner gjennomgående har en høyere andel med høyere utdanning enn menn, og at sentrumsnære og vestlige bydeler (for eksempel Frogner, Ullern, Vestre Aker og Nordre Aker) ligger over bygjennomsnittet. Enkelte østlige bydeler (som Grovd og Stovner) har en lavere andel innbyggere med høyere utdanning, samtidig som forskjellen mellom kvinner og menn fortsatt er tydelig. Den røde linjen i figuren angir byens samlede gjennomsnitt.

3.5 God eller svært god helse

Totalt 45372 deltakere av 45480 (99.8 %) hadde gyldig svar på God eller svært god helse. Andelen for hele utvalget var **69,6 %** (KI95%: 69,1-70,1). Andelen for kvinner var 69,3 % (n=25361; KI95%: 68,7-70,0) og andelen for menn var 69,9 % (n=20011; KI95%: 69,1-70,6).

Figur 5: God eller svært god helse etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).



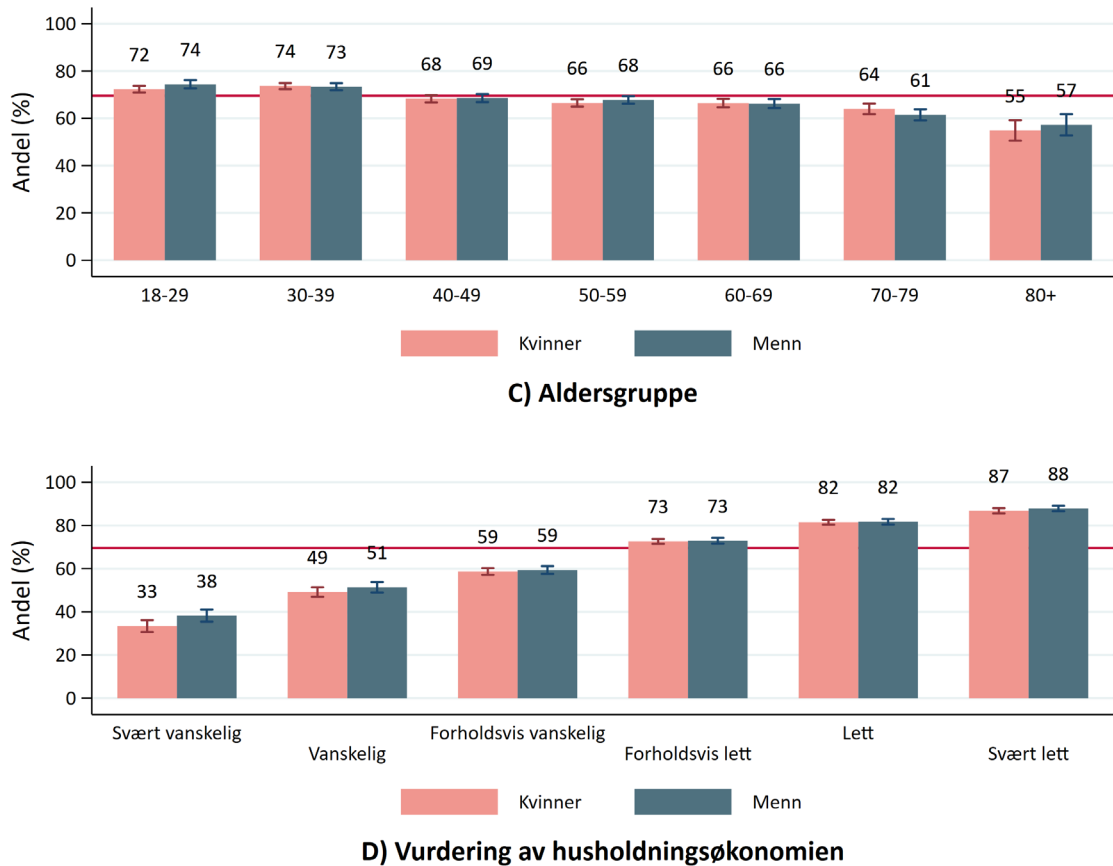
Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser andelen som vurderer helsen som god eller svært god, fordelt på bydeler i Oslo. Det er tydelige forskjeller mellom bydelene, der andelen som rapporterer god helse er høyest i de vestlige bydelene som Vestre Aker, Ullern og Nordre Aker, og lavest i de østlige bydelene som Stovner, Grorud og Søndre Nordstrand. Justering for alder, kjønn og utdanning reduserer noe av forskjellen, men hovedmønsteret med høyere andel i vestlige enn i østlige bydeler opprettholdes. Andelen som vurderer helsen som god er omtrent 20 prosentpoeng høyere i Vestre Aker sammenlignet med Stovner og Søndre Nordstrand. Resultatene viser en tydelig geografisk gradient i opplevd helse, der innbyggere i vestlige bydeler rapporterer bedre helse enn de i østlige bydeler.

Figur B) viser andelen som vurderer helsen som god eller svært god, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn øker andelen som vurderer helsen som god med høyere utdanning. Blant dem med grunnskoleutdanning vurderer færre enn halvparten helsen som god, mens andelen er omtrent dobbelt så høy blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning på mer enn 4 år (blant kvinner). Det er signifikante kjønnsforskjeller i grunnskole-kategorien, der menn rapporterer bedre helse enn kvinner. I de øvrige utdanningsgruppene er det ingen signifikante kjønnsforskjeller, da konfidensintervallene for

kvinner og menn overlapper. Resultatene viser en tydelig sosial gradient i opplevd helse, der høyere utdanning er forbundet med bedre selvrapportert helse.

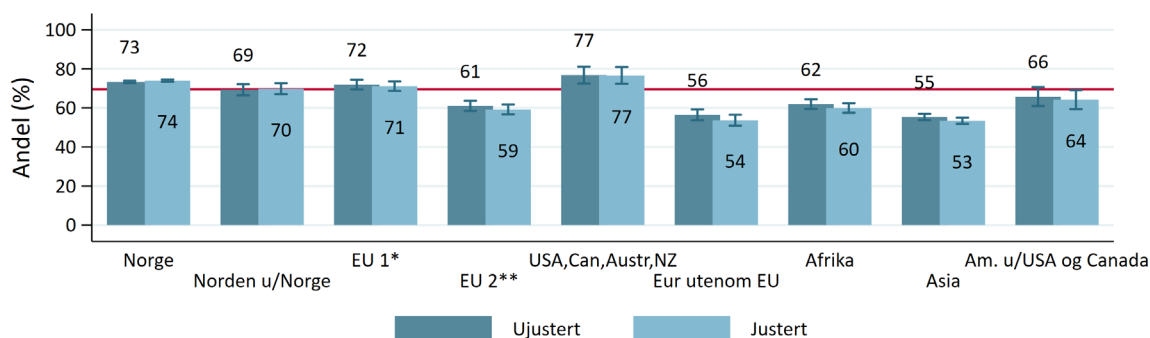
Figur 5 forts.: God eller svært god helse etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



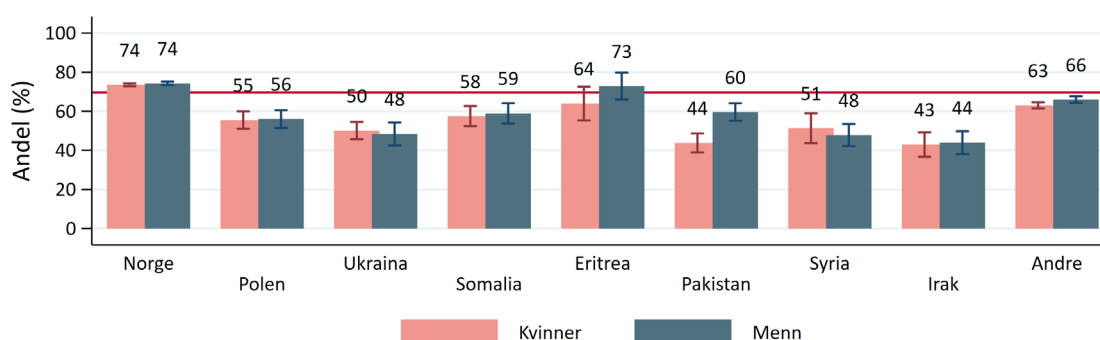
Figur C) viser andelen som vurderer helsen som god eller svært god, fordelt på kjønn og alder. For både kvinner og menn er andelen høyest blant de yngste (18–39 år) og avtar jevnt med økende alder. Det er ingen signifikante kjønnsforskjeller i noen av aldersgruppene, da konfidensintervallene for kvinner og menn overlapper i alle kategorier. Blant de yngste vurderer over 70 % helsen som god, mens andelen er under 60 % blant de eldste (80 år og eldre). Resultatene viser en tydelig aldersgradient i opplevd helse, der andelen som vurderer helsen som god avtar med økende alder, og mønsteret er likt for kvinner og menn.

Figur D) viser andelen som vurderer helsen som god eller svært god, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn øker andelen som vurderer helsen som god med økende økonomisk trygghet. Blant dem som opplever økonomien som «svært vanskelig» vurderer omtrent én av tre helsen som god, mens andelen nærmer seg 90 % blant dem som opplever økonomien som «svært lett». Det er ingen signifikante kjønnsforskjeller i noen av de økonomiske kategoriene, da konfidensintervallene for kvinner og menn overlapper i alle grupper. Resultatene viser en tydelig sosial gradient i opplevd helse, der bedre økonomisk trygghet er forbundet med bedre selvrapportert helse.

Figur 5 forts: God eller svært god helse etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).



E) Fødelandsgruppe



F) Utvalgte fødeland og kjønn, aldersjustert

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
 *EU/EFTA frem til 2004 u/Norden
 **Nye EU-land etter 2004

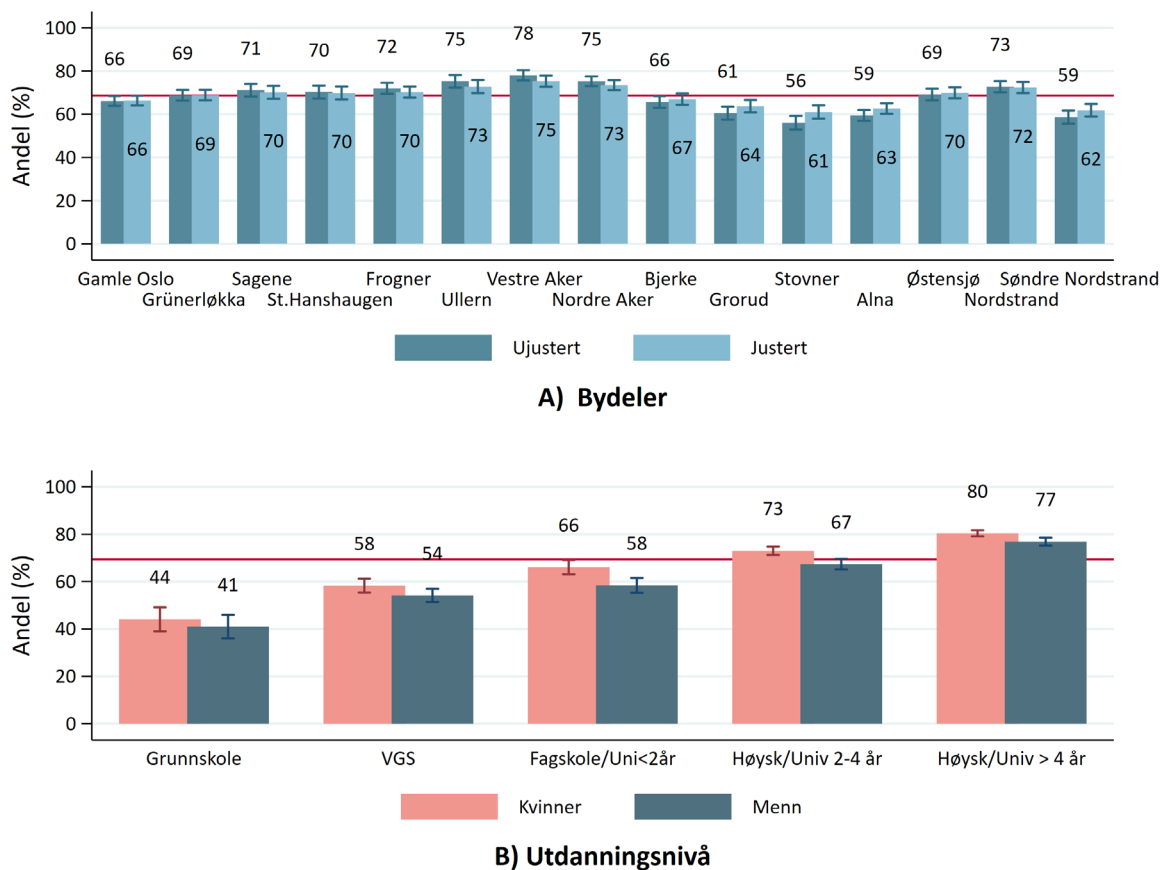
Figur E) viser andelen som rapporterer god eller svært god helse, fordelt på fødelandsgruppe før og etter justering for alder og kjønn. I begge tilfeller er andelen høyest blant dem som er født i USA, Canada, Australia eller New Zealand, og nest høyest blant personer født i Norge. Blant dem som er født i Asia eller i europeiske land utenfor EU finner vi den laveste andelen, og forskjellen mellom gruppen med høyest og lavest andel er om lag 24 prosentpoeng i de justerte tallene. Dette indikerer en betydelig variasjon i selvrapportert helse, selv når det tas hensyn til demografiske faktorer.

Figur F) viser andelen som rapporterer god eller svært god helse, fordelt på kjønn og utvalgte fødeland. Blant kvinnene er andelen klart høyest for dem med norsk bakgrunn, etterfulgt av samlegruppen «Andre» land og Eritrea, mens lavest andel finner vi blant kvinner fra Irak og Pakistan. Blant menn er andelen høyest for dem med bakgrunn fra Norge og Eritrea, og lavest blant menn fra Irak, Syria og Ukraina. Generelt rapporterer menn og kvinner fra Norge en høyere andel god eller svært god helse enn de fleste andre landgruppene. Dette tyder på at fødeland kan ha betydning for hvordan man vurderer egen helse.

3.6 God eller svært god tannhelse

Totalt 22401 deltakere av 22616 (99,0 % - spørsmålet gitt kun halve utvalget) hadde gyldig svar på God eller svært god tannhelse. Andelen for hele utvalget var **68,6 %** (KI95%: 67,9-69,3). Andelen for kvinner var 72,0 % (n=12584; KI95%: 71,1-72,9) og andelen for menn var 65,1 % (n=9817; KI95%: 64,0-66,2).

Figur 6: God eller svært god tannhelse etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).

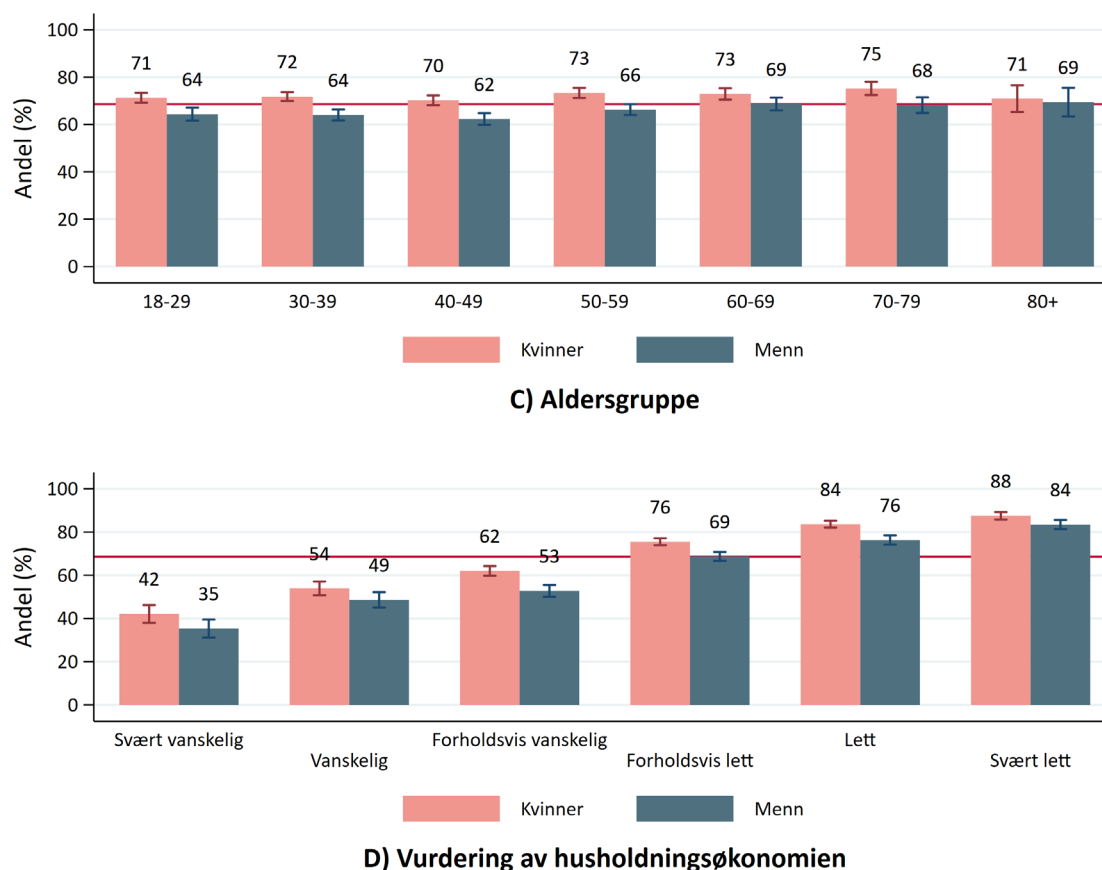


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser andelen som vurderer tannhelsen som god eller svært god i de ulike bydelene i Oslo. Det er tydelige forskjeller mellom bydelene, der andelen som vurderer tannhelsen som god eller svært god er høyest i Vestre Aker (78 %) og lavest i Stovner (56 %). De vestlige bydelene, som Vestre Aker, Ullern og Nordstrand, har gjennomgående høyere andeler enn de østlige bydelene som Grorud, Stovner og Søndre Nordstrand. Justering for alder, kjønn og utdanning reduserer noe av forskjellen, men hovedmønsteret med høyere andel i vestlige enn i østlige bydeler opprettholdes. Dette viser en geografisk ulikhet i opplevd tannhelse i Oslo.

Figur B) viser andelen som vurderer tannhelsen som god eller svært god, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn øker andelen som vurderer tannhelsen som god med stigende utdanningsnivå. Blant kvinner er andelen lavest for dem med grunnskole (44,1 %) og høyest for dem med høyskole/universitetsutdanning på mer enn 4 år (80,4 %). For menn er tilsvarende andeler henholdsvis 40,9 % og 76,9 %. Kvinner har noe høyere andeler enn menn på hvert utdanningsnivå, selv om forskjellen mellom kjønnene kanskje ikke er signifikant på de laveste utdanningsnivåene.

Figur 6 forts.: God eller svært god tannhelse etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

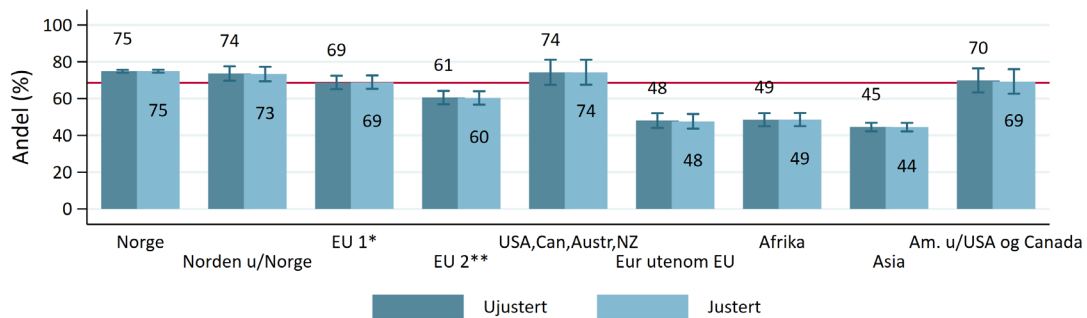


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

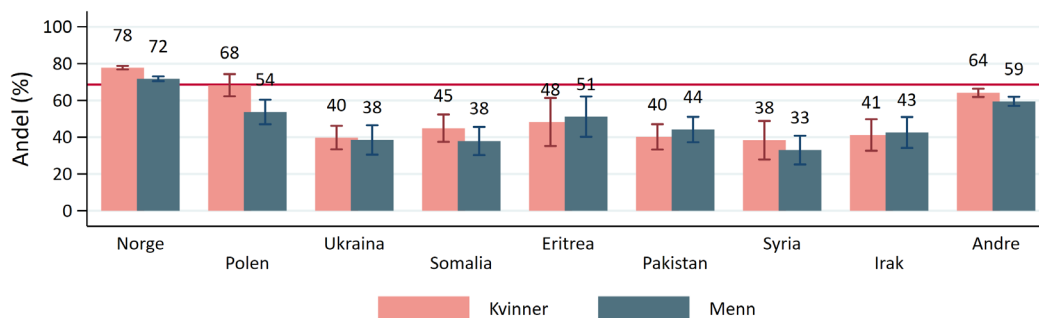
Figur C) viser andelen som vurderer tannhelsen som god eller svært god, fordelt på kjønn og alder. For begge kjønn er andelen gjennomgående høyest i aldersgruppen 70–79 år og lavest i aldersgruppen 40–49 år. Blant kvinner varierer andelen fra 70,2 % i aldersgruppen 40–49 år til 75,2 % i aldersgruppen 70–79 år. For menn varierer andelen fra 62,3 % i aldersgruppen 40–49 år til 69,4 % i aldersgruppen 80 år og eldre. Kvinner rapporterer gjennomgående bedre tannhelse enn menn i alle aldersgrupper unntatt den eldste, hvor andelene er omtrent like. Resultatene viser en generell trend der opplevd tannhelse er påfallende stabil gjennom livet.

Figur D) viser andelen som vurderer tannhelsen som god eller svært god, fordelt på vurdering av husholdningsøkonomien. Andelen som vurderer tannhelsen som god øker markant med økende økonomisk trygghet, både for kvinner og menn. Blant dem som opplever økonomien som «svært vanskelig» er det færre enn halvparten som rapporterer god tannhelse, mens andelen er mer enn dobbelt så høy blant dem som opplever økonomien som «svært lett». Det er ingen signifikante kjønnsforskjeller i gruppen med «svært vanskelig» økonomi. I de øvrige økonomiske kategoriene er det noe høyere andeler blant kvinner enn menn, men forskjellene er små og følger det samme mønsteret. Resultatene viser en tydelig sosial gradient i opplevd tannhelse, der økonomisk trygghet henger tett sammen med bedre tannhelse.

Figur 6 forts: God eller svært god tannhelse etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).



E) Fødelandsgruppe



F) Utvalgte fødeland og kjønn, aldersjustert

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
 *EU/EFTA frem til 2004 u/Norden
 **Nye EU-land etter 2004

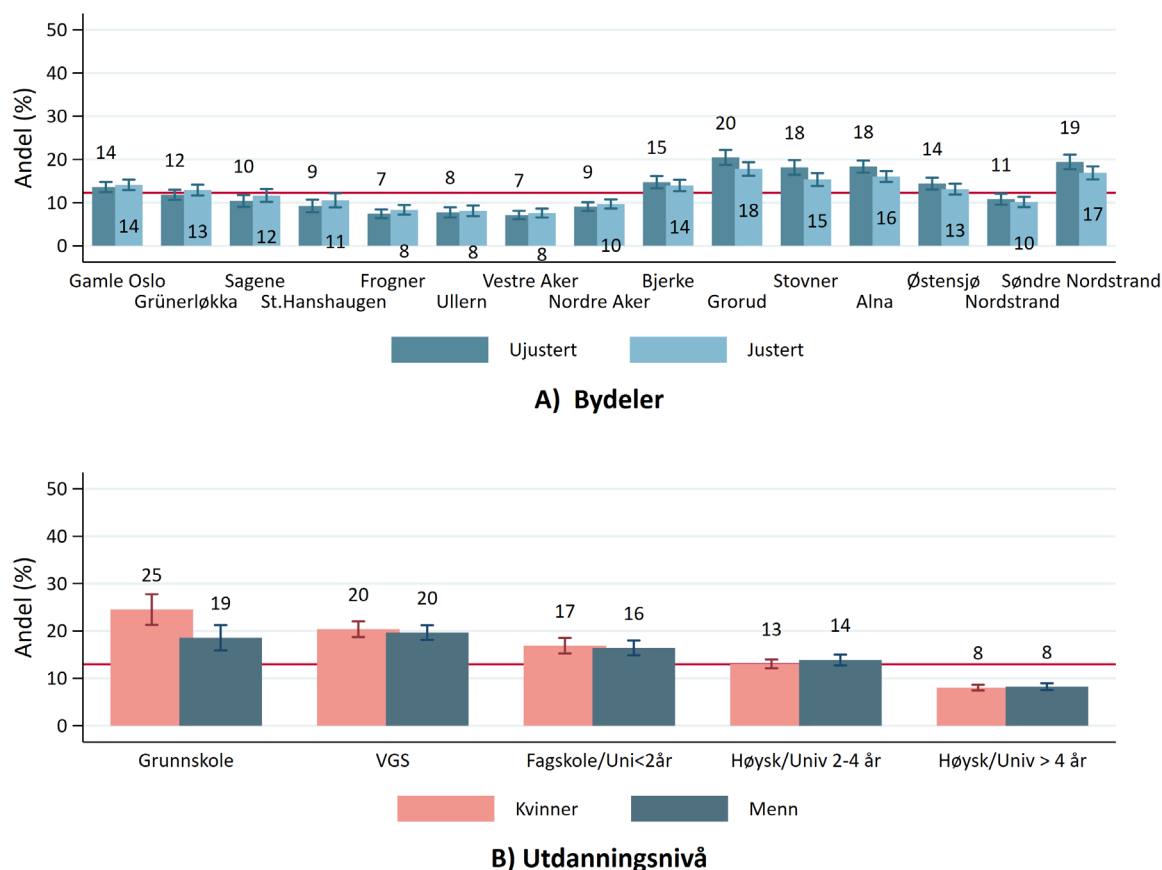
Figur E) viser andelen som rapporterer god eller svært god tannhelse, fordelt på fødelandsgruppe, justert for kjønn og alder. Resultatene indikerer at personer født i Norge og i USA/Canada/Australia/New Zealand har en gjennomgående høyere andel med god tannhelse, mens andelen er klart lavere blant dem fra flere andre regioner, spesielt Europa utenfor EU, Afrika og Asia. Selv etter justering for kjønn og alder består et tydelig skille mellom de ulike fødelandsgruppene.

Figur F) viser andelen som vurderer egen tannhelse som god eller svært god, fordelt på kjønn og utvalgte fødeland. Blant kvinnene er andelen generelt høyest blant dem med norsk bakgrunn, og lavest blant dem fra enkelte land i Midtøsten og Afrika. For menn finner vi også at dem med norsk bakgrunn ligger høyt, mens andelen er vesentlig lavere blant menn fra flere av de samme regionene som kvinnene. Forskjellen mellom kvinner og menn varierer mellom de ulike fødelandsgruppene, noe som tyder på at både kjønn og opprinnelsesland påvirker hvordan man vurderer sin egen tannhelse.

3.7 Fedme (KMI 30+)

Totalt 44355 deltakere av 45480 (97.5 %) hadde gyldig svar på Fedme (KMI 30+). Andelen for hele utvalget var **12,3 %** (KI95%: 11,9-12,6). Andelen for kvinner var 12,0 % (n=24719; KI95%: 11,6-12,4) og andelen for menn var 12,5 % (n=19636; KI95%: 12,0-13,1).

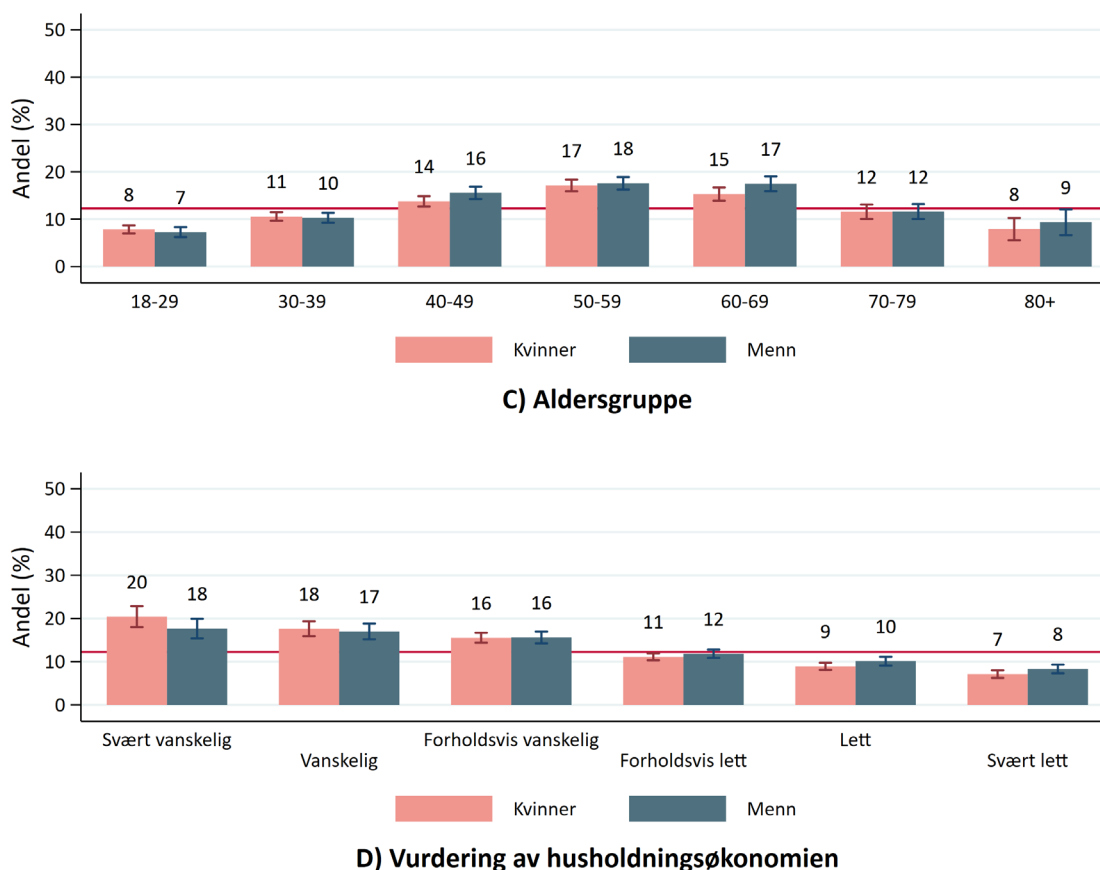
Figur 7: Fedme (KMI 30+) etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).



Figur A) viser andelen personer med fedme (KMI 30+) i Oslos bydeler, både uten justering (venstre del av figuren) og justert for kjønn, alder og utdanning (høyre del av figuren). Ujusterte tall viser størst andel i Grovdal, Stovner, Alna og Søndre Nordstrand (rundt 18–20 %) og lavest i bydelene Frogner, Vestre Aker og Ullern (rundt 7–8 %). Når det justeres for kjønn, alder og utdanningsnivå, reduseres forskjellene noe, men mønsteret med høyere andel fedme i de østlige bydelene og lavere andel i vest vedvarer.

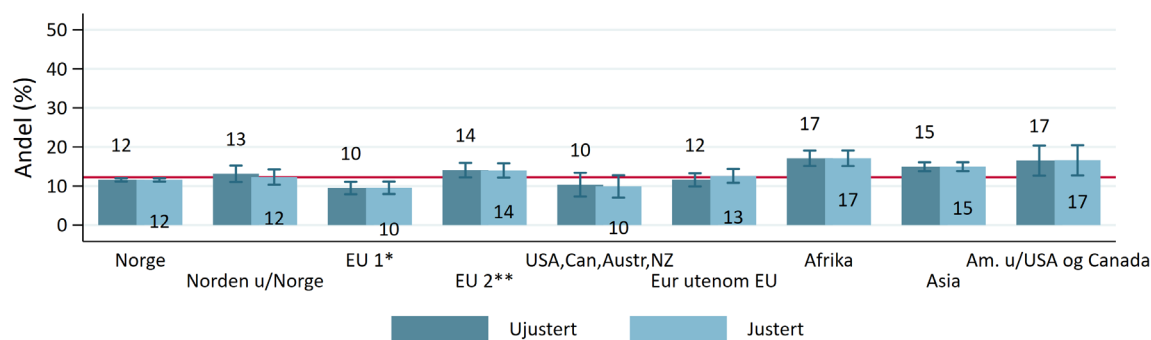
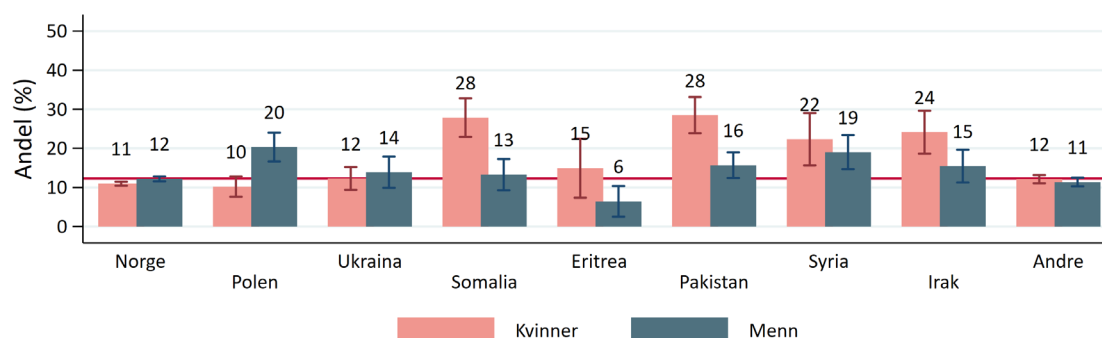
Figur B) viser andelen personer med fedme (KMI 30+) fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Resultatene indikerer at andelen synker med økende utdanning, både blant kvinner og menn. Forskjellene mellom ytterpunktene i utdanningsnivå er tydeligst blant kvinnene, som har en høyere andel fedme ved grunnskole sammenlignet med dem med lengst universitets- eller høyskoleutdanning. For menn ser vi samme mønster, men nedgangen er litt mindre markant.

Figur 7 forts.: Fedme (KMI 30+) etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Figur C) viser andelen personer med fedme (KMI 30+) fordelt på kjønn og alder. For begge kjønn øker andelen jevnt fra tidlig voksen alder til 50–59 år, hvor den er på sitt høyeste, for deretter å avta blant de eldste. Blant kvinner dobles andelen fra 18–29 til 50–59 år, før den går tydelig ned fra 70-årsalderen og oppover. Menn følger et lignende mønster, med relativt høye andeler i aldersgruppen 40–69, og et nivå som holder seg noenlunde likt i 50–59 og 60–69. Nedgangen i andelen fedme etter 70 år kan blant annet skyldes seleksjonseffekter eller fysiologiske endringer forbundet med høyere alder.

Figur D) viser andelen personer med fedme (KMI 30+) fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Resultatene antyder at jo mer anstrengt økonomien oppleves, desto høyere er andelen med fedme: Blant kvinner som rapporterer at det er svært vanskelig å få pengene til å strekke til, er om lag 20 % klassifisert med fedme, mens andelen er rundt 7 % blant dem som synes det er svært lett. For menn er tilsvarende tall rundt 18 % ved svært vanskelig økonomi og 8 % ved svært lett økonomi. Forskjellene er såpass store at konfidensintervallene i ytterpunktene ikke overlapper, noe som tyder på en signifikant forskjell mellom gruppene.

Figur 7 forts: Fedme (KMI 30+) etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).**E) Fødelandsgruppe****F) Utvalgte fødeland og kjønn, aldersjustert**

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
 *EU/EFTA frem til 2004 u/Norden
 **Nye EU-land etter 2004

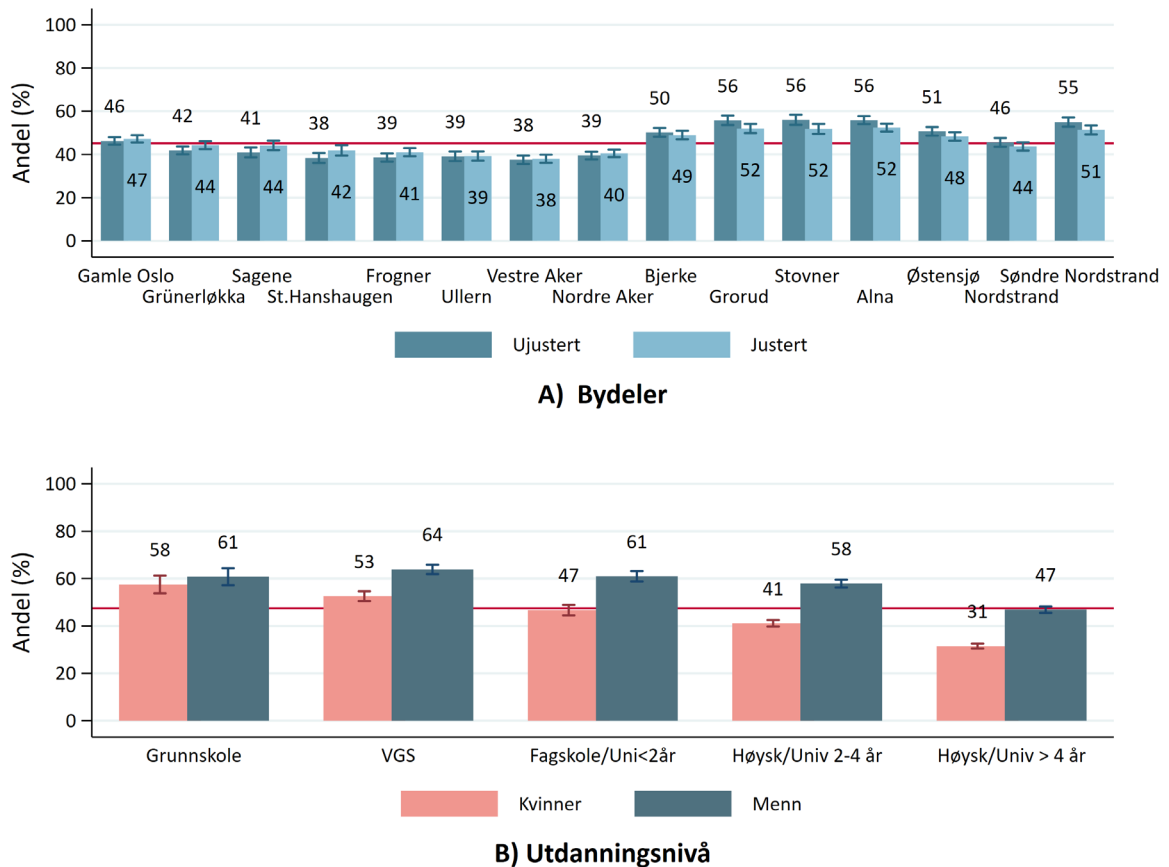
Figur E) viser at andelen med fedme (KMI 30+) er høyest blant dem som er født i Afrika og lavest blant dem som er født i EU (slik EU var inndelt før 2004), med en forskjell på om lag åtte prosentpoeng mellom disse ytterpunktene. Konfidensintervallene for gruppen med høyest og lavest estimat overlapper ikke, noe som tyder på en statistisk signifikant forskjell. De øvrige landgruppene fordeler seg mellom disse to, og det samme mønsteret framkommer når det justeres for alder, kjønn og utdanning.

Figur F) viser at blant kvinnene er andelen med fedme høyest i gruppene fra Pakistan og Somalia, mens andelen er klart lavere blant kvinner fra Polen og Norge. For menn ser vi at andelen er høyest blant dem fra Polen, mens den er lavest blant menn fra Eritrea. Konfidensintervallene for gruppene med høyest og lavest andel overlapper ikke, noe som indikerer statistisk signifikante forskjeller.

3.8 Overvekt (KMI 25+)

Totalt 44355 deltakere av 45480 (97.5 %) hadde gyldig svar på Overvekt (KMI 25+). Andelen for hele utvalget var **45,1 %** (KI95%: 44,6-45,6). Andelen for kvinner var 37,9 % (n=24719; KI95%: 37,2-38,6) og andelen for menn var 52,4 % (n=19636; KI95%: 51,6-53,2).

Figur 8: Overvekt (KMI 25+) etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).

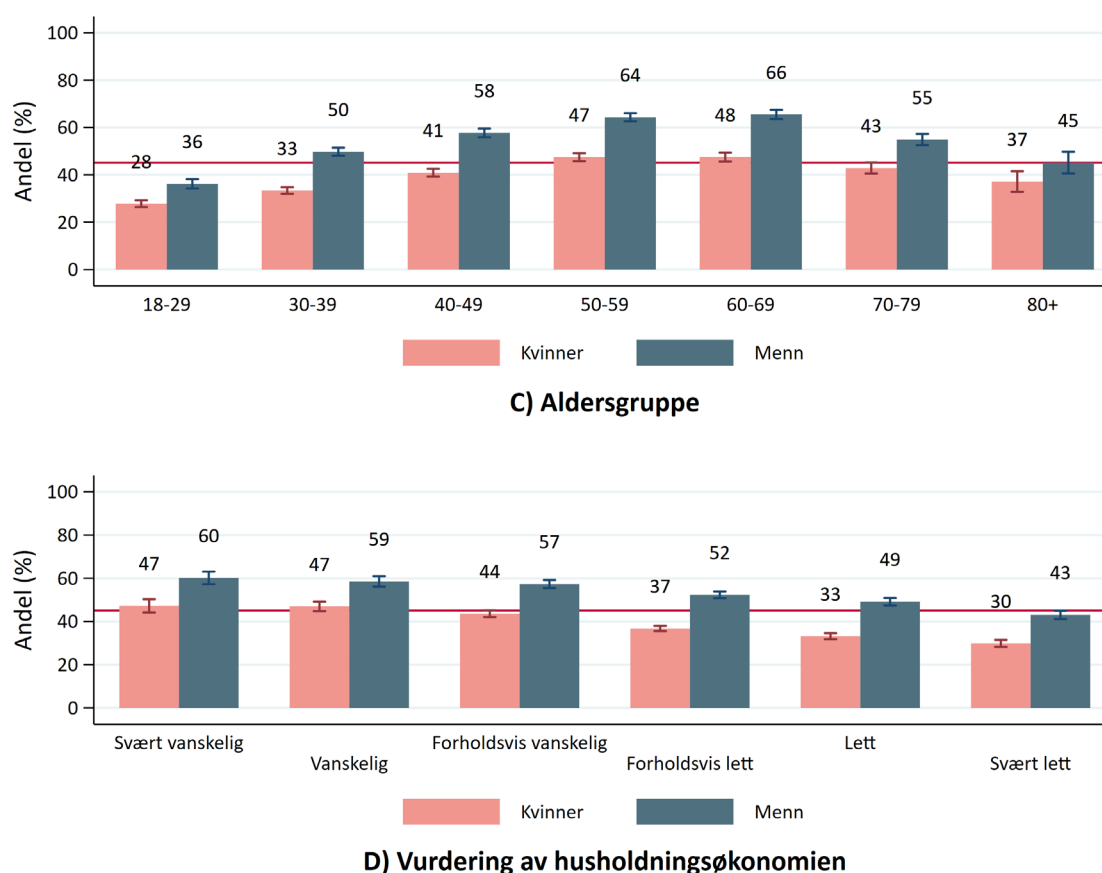


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser andelen personer med kroppsmasseindeks (KMI) på 25 eller høyere fordelt på bydeler i Oslo. Ujusterte tall viser at andelen er høyest i bydelene Stovner, Grorud og Alna, hvor over halvparten av respondentene har en KMI på 25 eller mer. Lavest andel finner vi i indre by, spesielt i St. Hanshaugen og Frogner, hvor andelen ligger under 40 %. Justerte tall, der det er kontrollert for alder, kjønn og utdanning, viser en noe redusert forskjell mellom bydelene, men mønsteret er fremdeles tydelig med høyere andeler i ytre østlige bydeler og lavere andeler i vestlige og sentrale bydeler.

Figur B) viser andelen deltakere med KMI på 25 eller høyere, fordelt etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinner er det en tydelig nedgang i andelen overvektige fra dem med grunnskole til dem med lengst høyere utdanning, mens blant menn er andelen høyest i gruppen med videregående skole og avtar deretter jevnt med stigende utdanning. I hver utdanningskategori er andelen overvektige høyere blant menn enn blant kvinner, selv om forskjellene ikke er signifikant når det gjelder grunnskolenivå. Forskjellen mellom kjønnene er særlig markant på de høyeste utdanningstrinnene, der kvinnes andel er klart lavere enn mennenes.

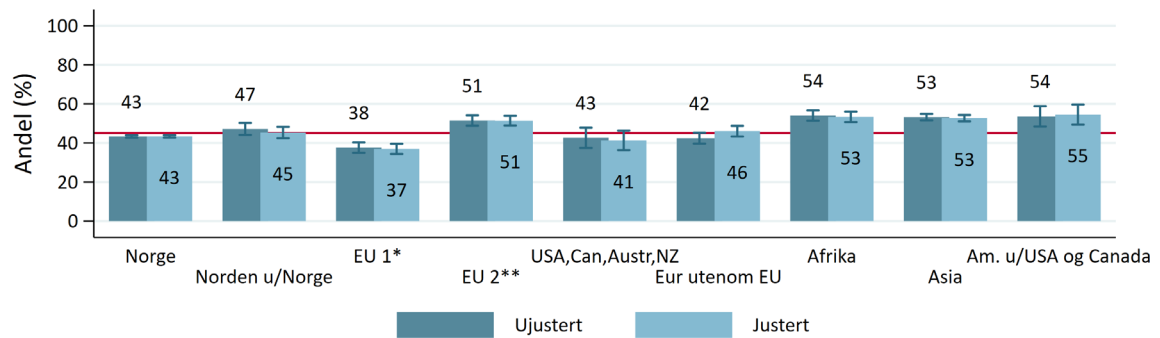
Figur 8 forts.: Overvekt (KMI 25+) etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



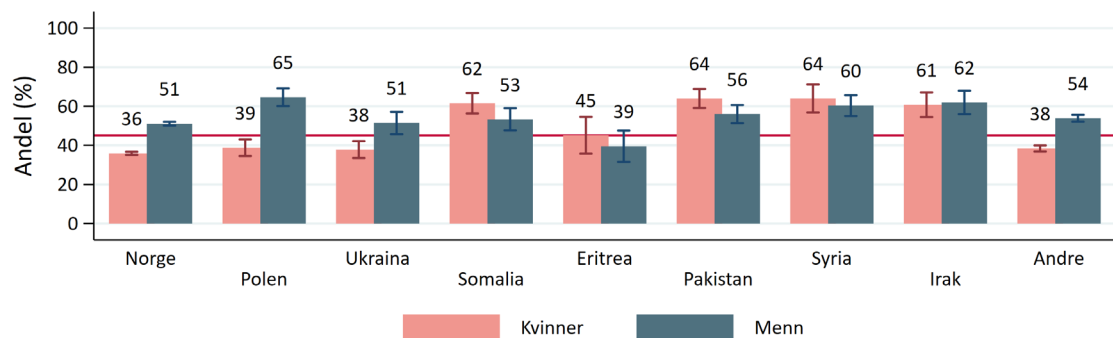
Figur C) viser andelen deltakere med KMI på 25 eller høyere etter kjønn og aldersgruppe. For kvinner øker andelen jevnt fra 18–29-årsalderen til 60–69 år, før den synker i de eldste aldersgruppene. Blant menn øker andelen kraftig fra 18–29 år og når sitt høyeste nivå i 60–69-årsalderen, deretter avtar den. I alle aldersgrupper er andelen høyere for menn enn for kvinner, selv om forskjellen ikke er signifikant i den eldste gruppen. Forskjellen mellom kjønnene er særlig markant fra 40-årene til 60-årene, hvor menn har betydelig høyere andel med KMI på 25 eller mer enn kvinner.

Figur D) viser andelen deltakere med KMI på 25 eller høyere etter kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn er det en tydelig sammenheng mellom økonomisk situasjon og overvekt, der andelen med KMI ≥ 25 er høyest blant dem som oppgir at det er svært vanskelig å få pengene til å strekke til, og lavest blant dem som oppgir at det er svært lett. I alle økonomiske kategorier er andelen høyere blant menn enn kvinner.

Figur 8 forts: Overvekt (KMI 25+) etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).



E) Fødelandsgruppe



F) Utvalgte fødeland og kjønn, aldersjustert

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
 *EU/EFTA frem til 2004 u/Norden
 **Nye EU-land etter 2004

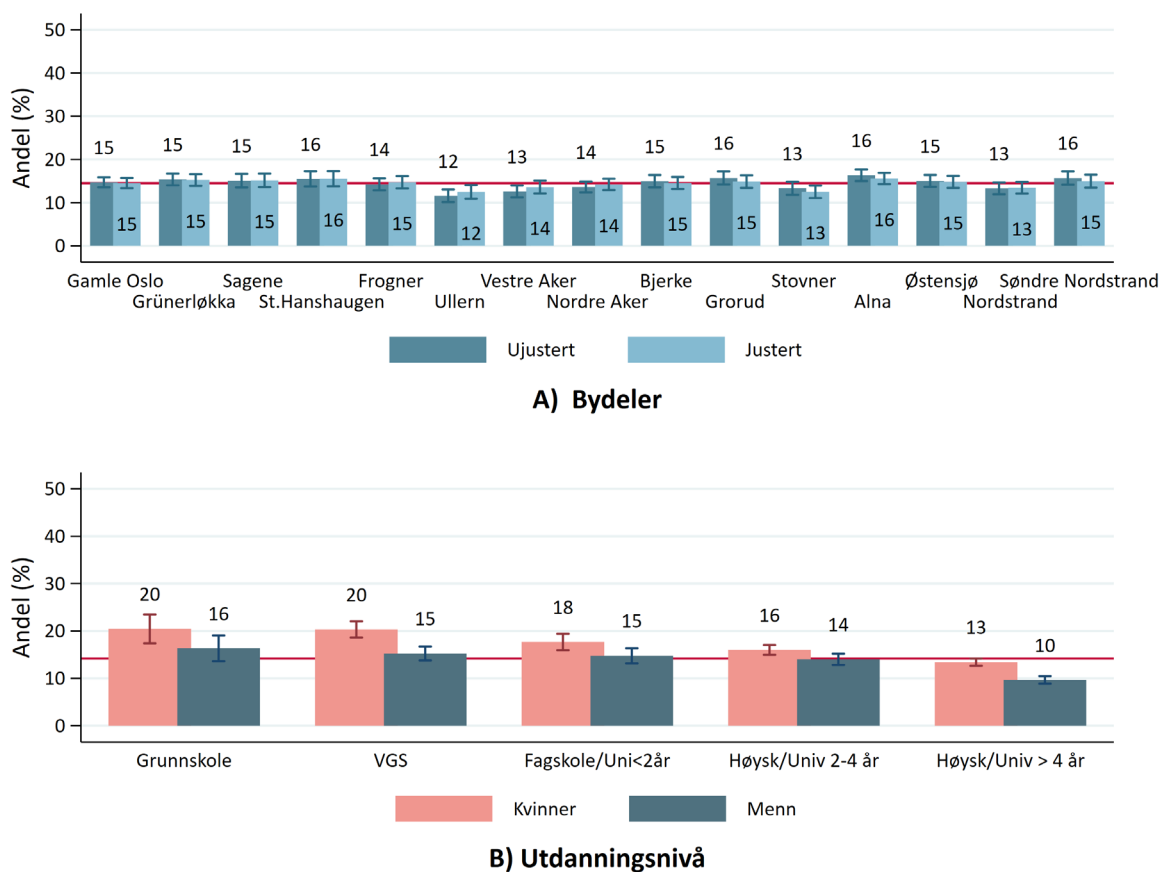
Figur E) viser andelen deltakere med KMI på 25 eller høyere fordelt etter fødelandsgruppe, både ujustert og justert for relevante bakgrunnsvariabler. I den ujusterte analysen er andelen lavest blant personer født i EU-land før 2004 (utenom Norden), mens den er høyest blant personer født i Afrika, Asia og Latin-Amerika (utenom USA og Canada). Justering for bakgrunnsvariabler gir små endringer, men mønsteret forblir det samme. Andelen med overvekt er også relativt høy blant personer fra nye EU-land etter 2004. Deltakere født i Norge ligger nær gjennomsnittet, med en noe lavere andel enn dem fra Norden utenom Norge.

Figur F) viser andelen deltakere med KMI på 25 eller høyere fordelt etter kjønn og utvalgte fødeland. Blant kvinner er andelen lavest for dem født i Norge og høyest blant kvinner fra Pakistan, Syria og Somalia. Kvinner fra Polen, Ukraina og andre land har en andel nær det totale gjennomsnittet. Blant menn er andelen også lavest blant dem født i Norge og Eritrea, mens den er høyest blant menn fra Polen, Irak og Syria. For begge kjønn er andelen generelt høyere blant personer med bakgrunn fra ikke-vestlige land, med noen unntak.

3.9 Søvnproblemer (Insomni)

Totalt 45096 deltakere av 45480 (99.2 %) hadde gyldig svar på Søvnproblemer (Insomni). Andelen for hele utvalget var **14,5 %** (KI95%: 14,1-14,9). Andelen for kvinner var 16,0 % (n=25227; KI95%: 15,5-16,5) og andelen for menn var 12,9 % (n=19869; KI95%: 12,4-13,5).

Figur 9: Søvnproblemer (Insomni) etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).

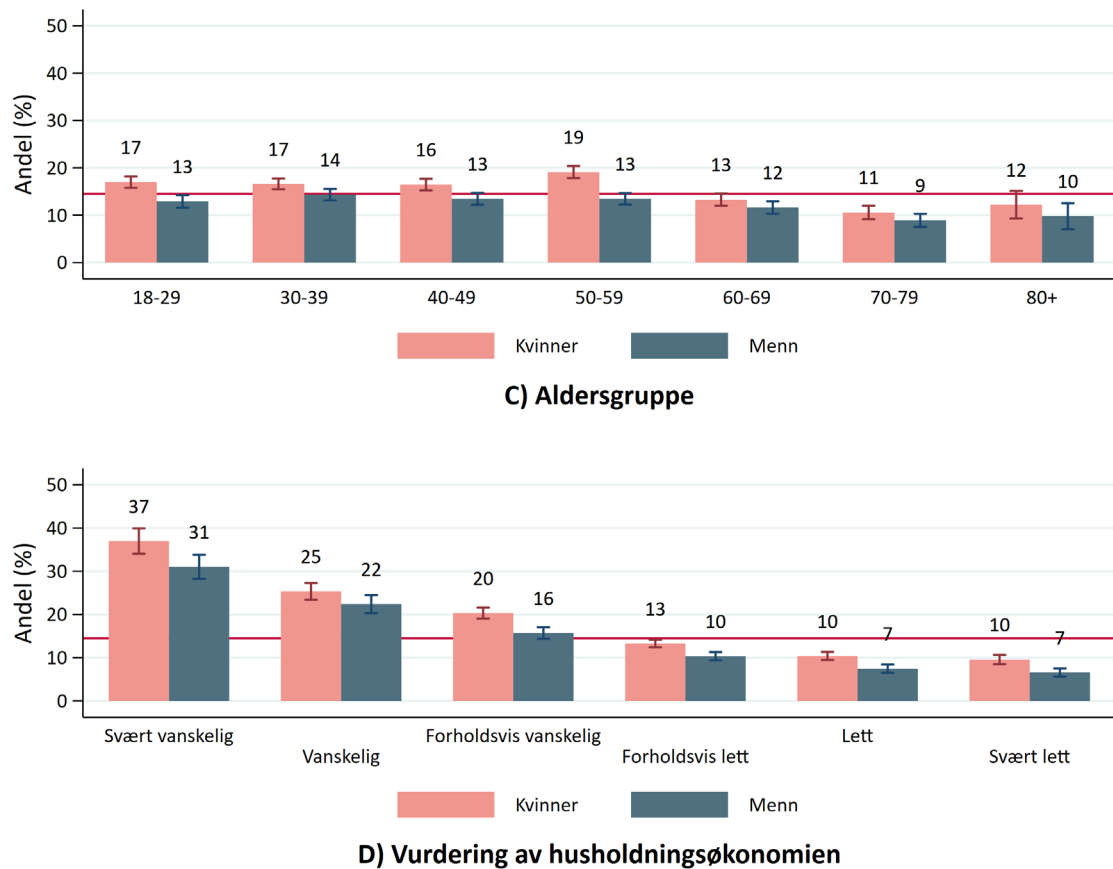


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser andelen som rapporterte søvnproblemer (insomni) i de ulike bydelene i Oslo. Andelen varierer noe på tvers av bydelene, men forskjellene er gjennomgående små. Alna, St.Hanshaugen og Grorud er blant bydelene med den høyeste andelen med søvnproblemer, mens Ullern har den laveste. Det er ingen tydelig trend som indikerer at søvnproblemer er mer utbredt i enkelte deler av byen enn andre. Justerte tall viser noe lavere andeler enn ujusterte, men rangeringen mellom bydelene forblir omtrent den samme. Konfidensintervallene overlapper i stor grad for mange av bydelene, noe som tyder på at forskjellene mellom bydelene ikke er nødvendigvis statistisk signifikante.

Figur B) viser andelen personer med insomni fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Kvinner rapporterer generelt noe høyere forekomst av søvnproblemer enn menn på tvers av utdanningsnivåer. Blant kvinner er insomni mest utbredt blant de med grunnskole- eller videregående utdanning, mens andelen er lavest blant de med høyere utdanning på mer enn fire år. En tilsvarende trend sees hos menn, der andelen med søvnproblemer er høyest for de med grunnskoleutdanning og lavest for de med lengre høyere utdanning.

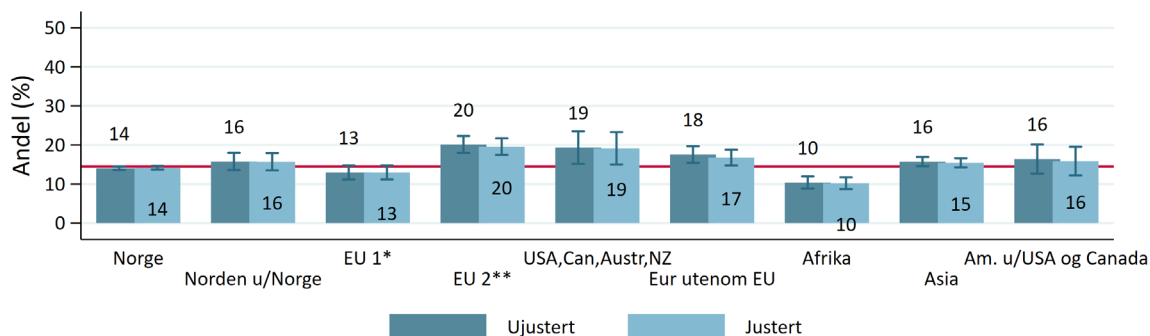
Figur 9 forts.: Søvnproblemer (Insomni) etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



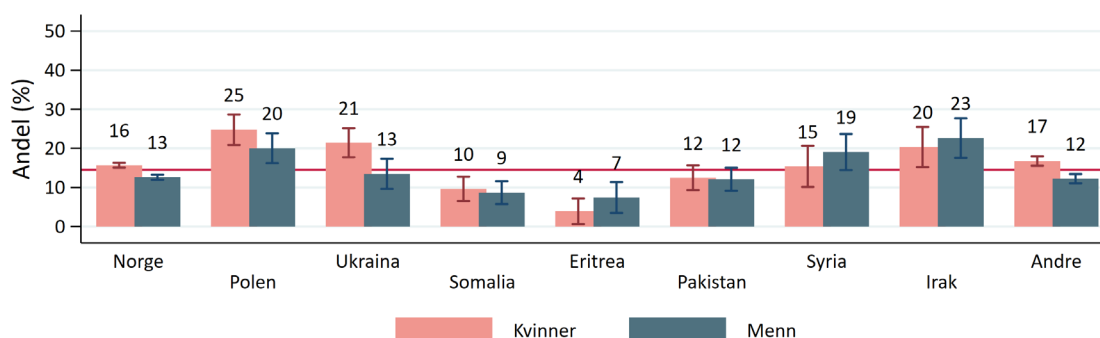
Figur C) viser andelen personer med insomni fordelt på kjønn og alder. Generelt rapporterer kvinner en høyere forekomst av søvnproblemer enn menn i de fleste aldersgrupper. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 50-59 år, mens den er lavest blant de eldste (70+). For menn er insomni mest utbredt blant de yngre aldersgruppene, med en gradvis reduksjon med økende alder. Forskjellen mellom kjønnene er særlig tydelig i de yngre og middelaldrende gruppene, mens forskjellen utjevnes noe blant de eldste. Trendene kan reflektere både biologiske og sosiale faktorer som påvirker søvn på ulike livsstadier.

Figur D) viser andelen personer med insomni fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Det er en tydelig sammenheng mellom økonomisk situasjon og søvnproblemer, der personer som opplever økonomiske vanskeligheter rapporterer høyere forekomst av insomni sammenlignet med dem som vurderer økonomien som lett eller svært lett. Kvinner har gjennomgående høyere forekomst av insomni enn menn i de fleste økonomiske grupper. Disse funnene tyder på at økonomiske utfordringer er sterkt knyttet til søvnproblemer for begge kjønn.

Figur 9 forts: Søvnproblemer (Insomni) etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).



E) Fødelandsgruppe



F) Utvalgte fødeland og kjønn, aldersjustert

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
 *EU/EFTA frem til 2004 u/Norden
 **Nye EU-land etter 2004

Figur E) viser andelen som tilfredsstillter kriteriene for insomni, fordelt på fødelandsgruppe, justert for kjønn og alder. Andelen er lavest blant personer fra Afrika og høyest blant dem fra nye EU-land (etter 2004) og USA/Canada/Australia/New Zealand. Forskjellen mellom gruppen med høyest og lavest andel er på rundt 10 prosentpoeng, noe som indikerer en tydelig variasjon i forekomsten av insomni knyttet til opprinnelsesland.

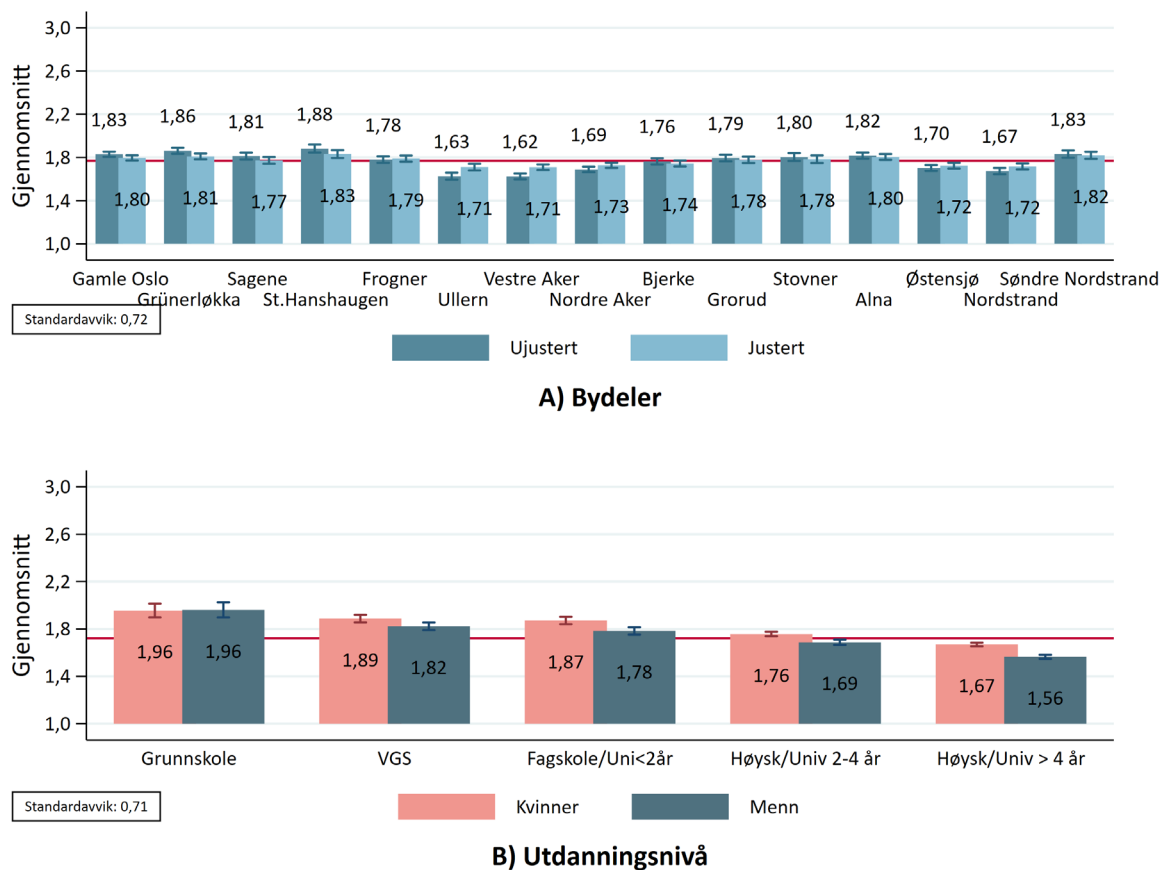
Figur F) viser andelen som tilfredsstillter kriteriene for insomni, fordelt på kjønn og utvalgte fødeland. Blant kvinnene er andelen klart lavest blant dem fra Eritrea og høyest blant dem fra Polen, med en differanse på rundt 20 prosentpoeng. Konfidensintervallene for disse to gruppene har liten eller ingen overlapping, noe som indikerer at forskjellen er statistisk signifikant. For menn finner vi lavest andel blant dem med eritreisk bakgrunn og høyest blant dem fra Irak, med rundt 15 prosentpoengs forskjell og tilsvarende lite overlap i konfidensintervallene. Dette understreker at forekomsten av søvnproblemer varierer markant med kjønn og opprinnelsesland.

3.10 Gjennomsnitt HSCL: Psykiske plager

Totalt 44332 deltakere av 45480 (97.5 %) hadde gyldig svar på Gjennomsnitt HSCL: Psykiske plager. Gjennomsnittet for hele utvalget var **1,77** (KI95%: 1,76-1,78). Gjennomsnittet for kvinner var 1,81 (n=24821; KI95%: 1,80-1,82) og gjennomsnittet for menn var 1,72 (n=19511; KI95%: 1,71-1,74).

På grunnlag av HSCL-5-skåren kan det lages en dikotom variabel der en skiller mellom de som har høy skår og de som ikke har høy skår. Høy skår betyr høyere enn 2,00. Andelen for hele utvalget var 25,7 % (KI95%: 25,3-26,2). Andelen for kvinner var 27,4 % (KI95%: 26,8- 28,1) og andelen for menn var 24,0 % (KI95%: 23,3-24,7). Grenseverdien på 2,00 er valgt ut fra studier som indikerer at de som skårer over 2,00 har en forhøyet risiko for å bli diagnostisert med en psykisk lidelse dersom det ble gjennomført kliniske, diagnostiske intervjuer [31].

Figur 10: Gjennomsnitt HSCL: Psykiske plager etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).

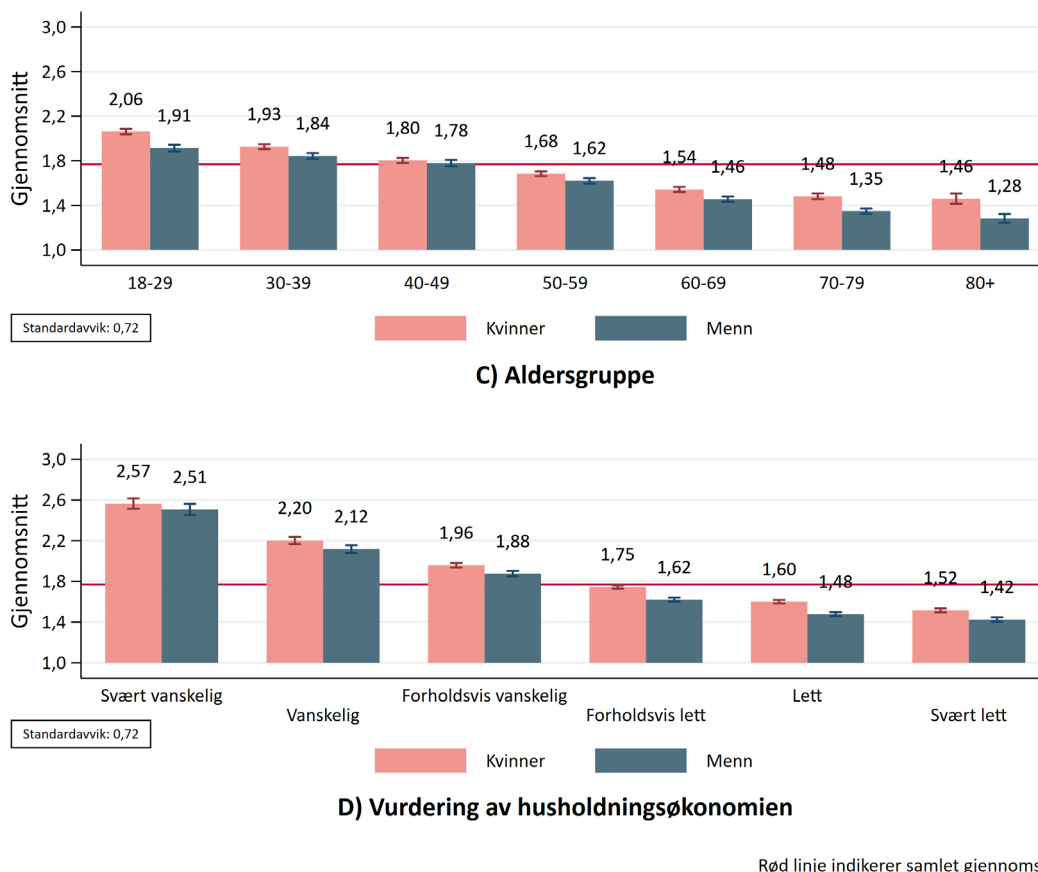


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser gjennomsnittsskår på psykiske plager (HSCL-5) for bydelene i Oslo, i en modell justert for kjønn, alder og utdanningsnivå. Bydelen med høyest skår er St. Hanshaugen (1,83), mens Vestre Aker og Ullern har lavest skår (1,71 for begge). Forskjellen på 0,12, sammenlignet med et standardavvik på 0,72, tilsvarer en Cohens d på 0,17, som kan tolkes som en liten forskjell. Dette indikerer at nivået av psykiske plager varierer lite mellom bydelene, selv om forskjellene mellom ytterpunktene er statistisk signifikante.

Figur B) viser gjennomsnittsskår på psykiske plager (HSCL-5) etter kjønn og utdanningsnivå. For kvinner synker gjennomsnittsskåren fra 1,96 blant dem med grunnskole til 1,67 blant dem med over fire års høyere utdanning, en forskjell på 0,29 (Cohens $d=0,41$ – middels forskjell). Hos menn går skåren fra 1,96 (grunnskole) til 1,56 (over fire års høyere utdanning), en differanse på 0,40 (Cohens $d=0,56$ – også middels forskjell). Samtidig er det nesten ingen forskjell mellom kvinner og menn i gruppen med kort utdanning, men forskjellen blir mer tydelig i favør av menn (lavere skår) jo høyere utdanningsnivået er.

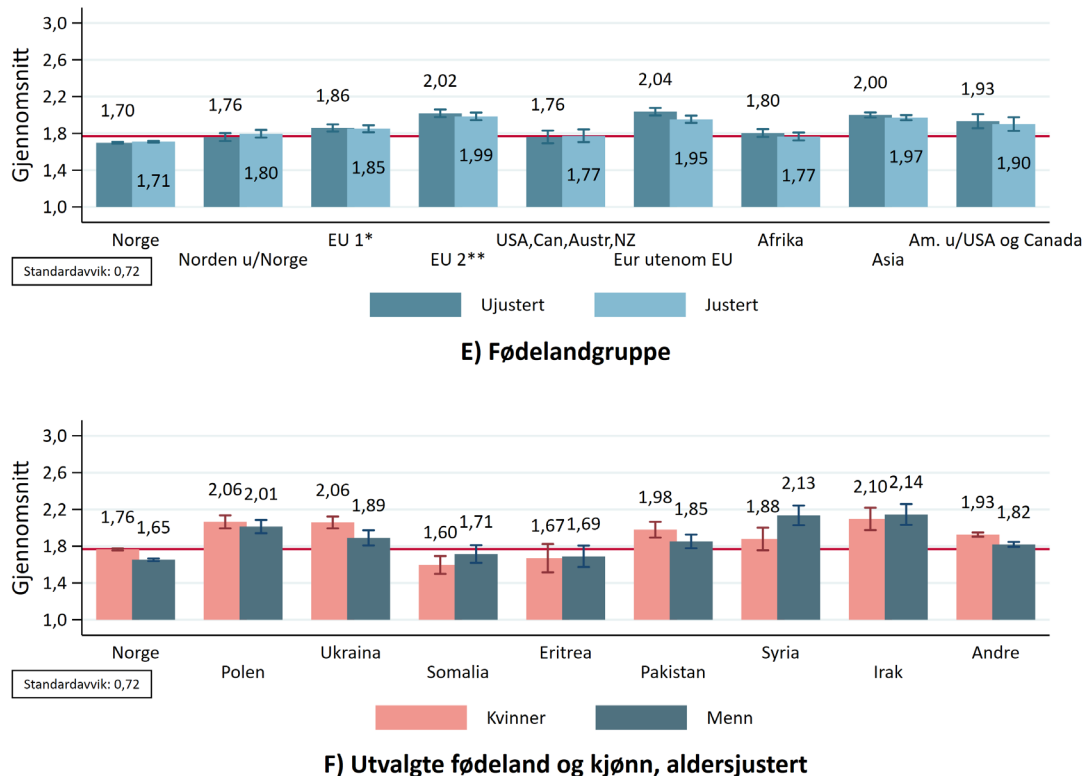
Figur 10 forts.: Gjennomsnitt HSCL: Psykiske plager etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Figur C) viser gjennomsnittsskår på psykiske plager (HSCL-5) etter kjønn og alder. For kvinner synker skåren fra 2,06 i aldersgruppen 18–29 til 1,46 i gruppen 80+, en differanse på 0,60 som tilsvarer en Cohens d på 0,83 (stor forskjell). For menn går skåren fra 1,91 (18–29) til 1,28 (80+), en differanse på 0,63 og en Cohens d på 0,87 (også en stor forskjell). Dette viser at psykiske plager avtar betydelig med økende alder for begge kjønn. Samtidig er kjønnsforskjellen nesten null i 40–49-årsalderen (1,80 mot 1,78), men blir større både i den yngste og den eldste gruppen. Dermed er kvinner jevnt over noe mer plaget enn menn, særlig i aldersendene, selv om nivået av psykiske plager går ned for begge kjønn med stigende alder.

Figur D) viser gjennomsnittsskår på psykiske plager (HSCL-5) etter kjønn og hvor vanskelig eller lett man opplever husholdningsøkonomien. Blant kvinnene synker skåren fra 2,57 i gruppen «svært vanskelig» til 1,52 i gruppen «svært lett», en differanse på 1,05 som tilsvarer en Cohens d på 1,45 (stor forskjell). Hos menn er differansen 1,08 (fra 2,51 til 1,42), noe som gir en Cohens d på 1,50 (også en stor forskjell). Samlet bekrefter tallene at psykiske plager er tett knyttet til opplevd økonomisk situasjon hos begge kjønn.

Figur 10 forts: Gjennomsnitt HSCL: Psykiske plager etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).



Figur E) viser gjennomsnittsskår på psykiske plager (HSCL-5) etter fødelandsgruppe, basert på justerte tall for kjønn og alder. Her ligger den høyeste skåren blant dem fra nye EU-land etter 2004 (1,99), mens de som er født i Norge har lavest skår (1,71). Forskjellen på 0,28, sammenlignet med et standardavvik på 0,72, tilsvarer en Cohens d på 0,39, som kan tolkes som en middels forskjell. De øvrige gruppene fordeler seg mellom disse ytterpunktene, fra rundt 1,77 (Afrika, samt USA/Canada/Australia/New Zealand) til 1,95 (Europa utenom EU).

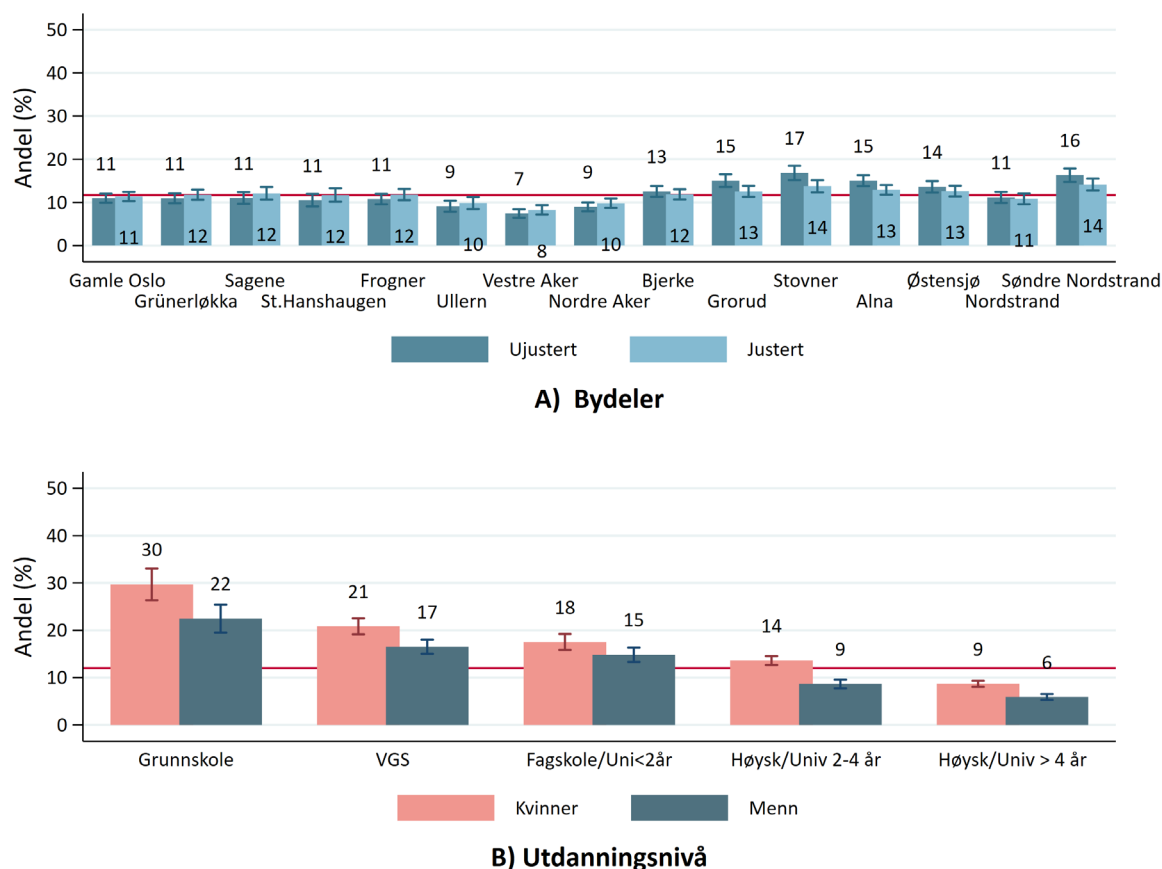
Figur F) viser gjennomsnittsskår på psykiske plager (HSCL-5) blant kvinner og menn fra utvalgte fødeland. For kvinnene er skåren høyest blant dem fra Irak (2,10) og lavest blant dem fra Somalia (1,60), en differanse på 0,50 som tilsvarer en Cohens d på 0,69 (stor forskjell). Hos menn ser vi høyest skår for dem fra Irak (2,14) og lavest blant dem fra Norge (1,65), en differanse på 0,49 (Cohens d=0,68 – også en stor forskjell). Dette tyder på at psykiske plager varierer en del mellom ulike landbakgrunner, og disse forskjellene er nokså like for kvinner og menn når vi sammenligner ytterpunktene.

3.11 I stor grad påvirket av helseproblemer

Totalt 45301 deltakere av 45480 (99.6 %) hadde gyldig svar på I stor grad påvirket grunnet helseproblemer. Andelen for hele utvalget var **11,7 %** (KI95%: 11,4-12,0). Andelen for kvinner

var 13,1 % (n=25323; KI95%: 12,6-13,6) og andelen for menn var 10,2 % (n=19978; KI95%: 9,8-10,7).

Figur 11: I stor grad påvirket grunnet helseproblemer etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).

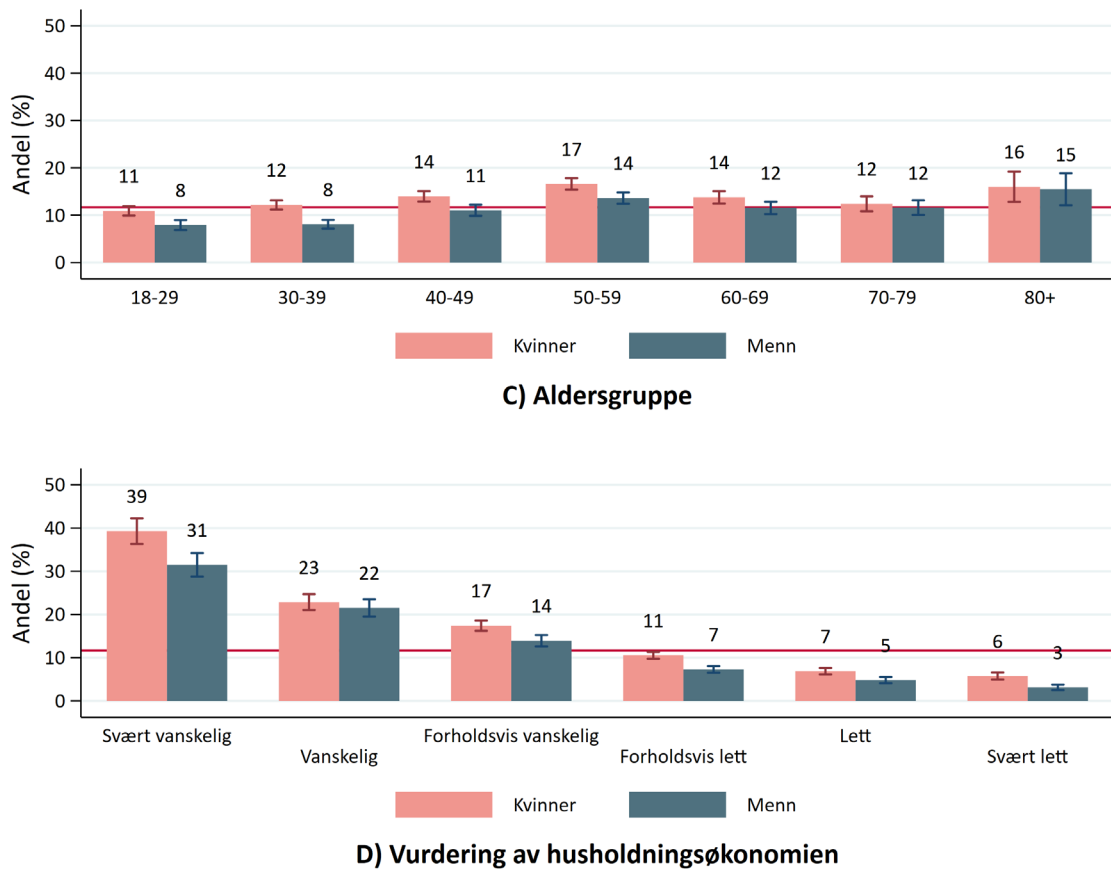


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser at andelen som rapporterer at hverdagen deres i stor grad påvirkes av langvarige helseproblemer varierer mellom bydelene i Oslo, men forskjellene er relativt små. De høyeste andelenes finnes i bydelene Stovner og Søndre Nordstrand, mens de laveste andelenes er i bydelene Vestre Aker og Ullern. De ujusterte tallene viser en noe høyere forekomst i bydelene øst i Oslo sammenlignet med vestlige bydeler, men disse forskjellene blir mindre tydelige etter justering for demografiske faktorer. Samlet sett indikerer funnene at en betydelig andel av befolkningen opplever at helseproblemer har en vesentlig innvirkning på deres daglige liv.

Figur B) viser andelen som rapporterer at deres hverdag i stor grad påvirkes av langvarige helseproblemer, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Det er en tydelig sammenheng mellom utdanningsnivå og opplevd helsepåvirkning, der andelen er høyest blant dem med kun grunnskole og gradvis avtar med høyere utdanning. Blant kvinner er forskjellen noe mer markant, der nesten en tredjedel av dem med grunnskoleutdanning opplever betydelig helsepåvirkning, sammenlignet med rundt 9 % av dem med høyere utdanning over fire år. Blant menn er mønsteret likt, men med lavere andeler totalt sett. Forskjellen mellom utdanningsnivåene er også tydelig for menn, hvor de med grunnskole har mer enn tre ganger så høy forekomst sammenlignet med dem med høyere utdanning over fire år.

Figur 11 forts.: I stor grad påvirket grunnet helseproblemer etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

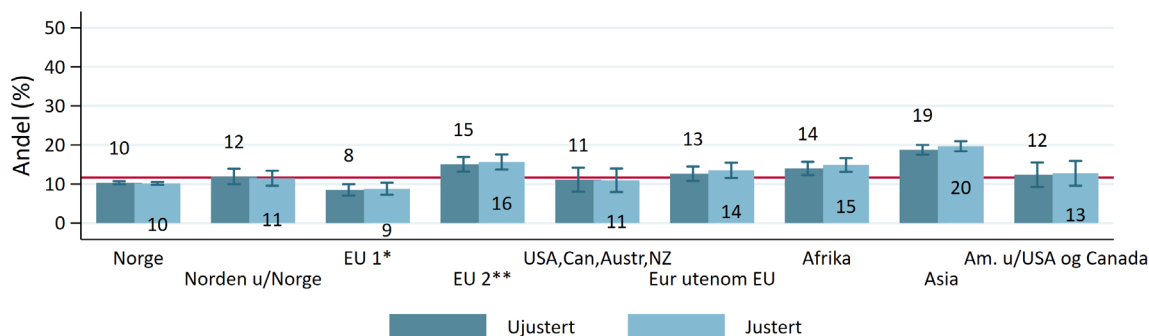


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

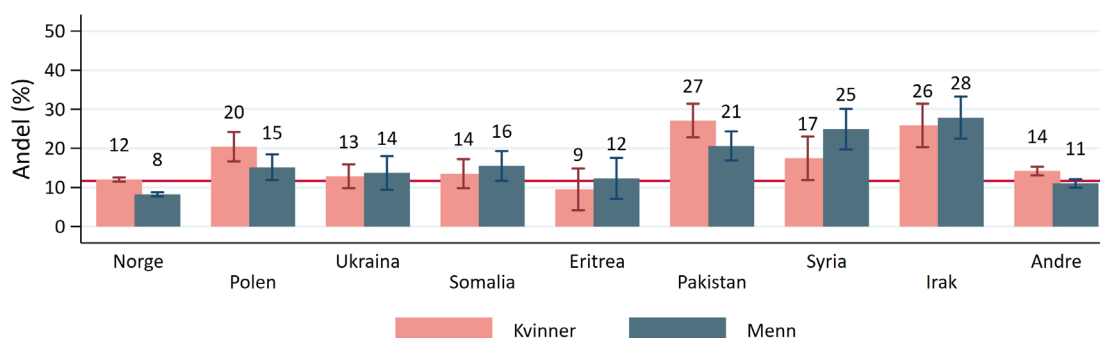
Figur C) viser andelen som rapporterer at deres hverdag i stor grad påvirkes av langvarige helseproblemer, fordelt på kjønn og alder. Blant både kvinner og menn øker andelen med alderen. For kvinner øker forekomsten jevnt fra 18 til 59 år. Andelen synker noe blant kvinner i aldersgruppen 60–79 år, men øker kanskje noe igjen for dem over 80 år. For menn følger mønsteret en lignende trend, men med generelt noe lavere forekomst enn blant kvinner i de fleste aldersgrupper.

Figur D) viser andelen som rapporterer at deres hverdag i stor grad påvirkes av langvarige helseproblemer, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Det er en tydelig sammenheng mellom økonomisk situasjon og opplevd helsepåvirkning, der andelen som rapporterer stor påvirkning er høyest blant dem som opplever økonomien som svært vanskelig, og synker gradvis etter hvert som den økonomiske situasjonen oppleves som lettere. Blant kvinner er andelen høyest i gruppen som oppgir at økonomien er svært vanskelig, hvor nærmere 40 % rapporterer stor helsepåvirkning. For menn er mønsteret likt, men med noe lavere andeler i de fleste økonomiske kategorier. Forskjellen mellom de økonomiske gruppene er markant for begge kjønn, der andelen i gruppen med svært vanskelig økonomi er betydelig høyere enn blant dem som opplever økonomien som svært lett.

Figur 11 forts: I stor grad påvirket grunnet helseproblemer etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).



E) Fødelandsgruppe



F) Utvalgte fødeland og kjønn, aldersjustert

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
 *EU/EFTA frem til 2004 u/Norden
 **Nye EU-land etter 2004

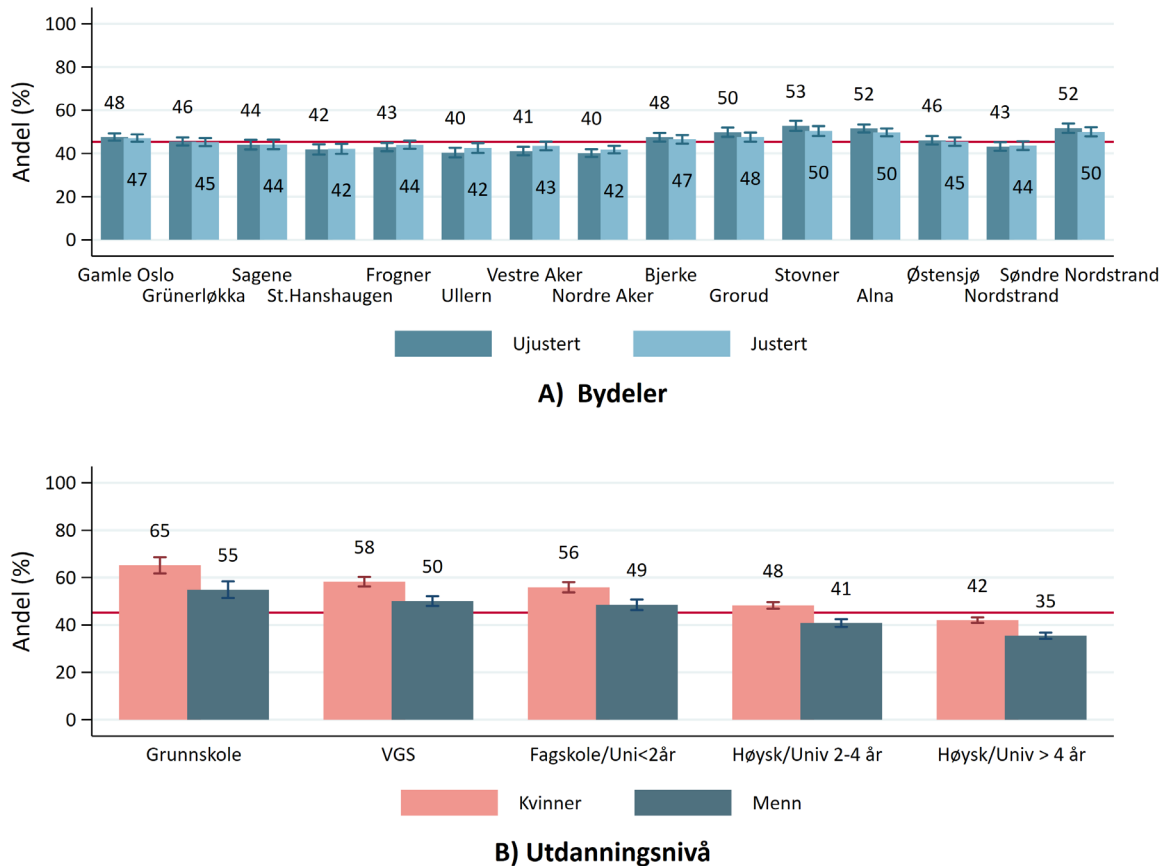
Figur E) viser andelen som rapporterer at langvarige helseproblemer i stor grad påvirker hverdagen, fordelt på fødelandsgruppe og justert for kjønn og alder. Andelen er høyest blant personer med bakgrunn fra Asia og de nyere EU-landene, mens den er lavest blant dem fra EU før 2004 og Norge. Forskjellen mellom gruppene med høyest og lavest andel er rundt 11 prosentpoeng. Disse forskjellene vedvarer etter justering, noe som tyder på at enkelte grupper i større grad opplever at helseproblemer begrenser hverdagen deres.

Figur F) viser andelen som rapporterer at langvarige helseproblemer i stor grad påvirker hverdagen, fordelt på kjønn og utvalgte fødelandsgrupper. Blant kvinnene er andelen høyest for dem med bakgrunn fra Pakistan og Irak, mens den er lavest blant dem fra Eritrea og Norge. For menn finner vi også høyest forekomst blant dem med irakisk og syrisk bakgrunn, mens norske menn har den laveste andelen. Forskjellen mellom gruppene med høyest og lavest andel er på rundt 20 prosentpoeng blant både kvinner og menn, noe som tyder på betydelige forskjeller i hvordan helseproblemer påvirker hverdagen i ulike befolkningsgrupper.

3.12 Korsryggsmerter siste 28 dager

Totalt 45330 deltakere av 45480 (99.7 %) hadde gyldig svar på Korsryggsmerter siste 28 dager. Andelen for hele utvalget var **45,4 %** (KI95%: 44,8-45,9). Andelen for kvinner var 48,8 % (n=25349; KI95%: 48,1-49,5) og andelen for menn var 41,8 % (n=19981; KI95%: 41,0-42,6).

Figur 12: Korsryggsmerter siste 28 dager etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).

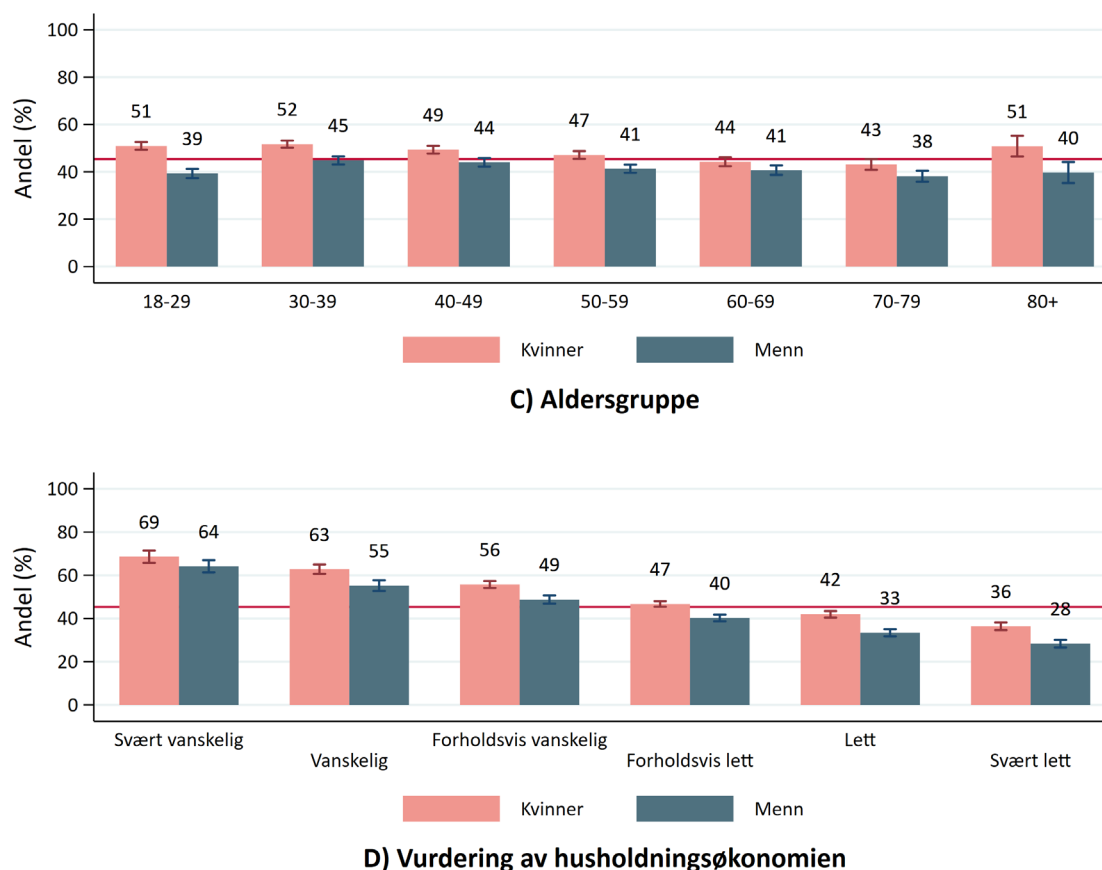


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser andelen innbyggere i Oslos bydeler som rapporterte å ha hatt korsryggsmerter i løpet av de siste 28 dagene. Det er variasjoner mellom bydelene, hvor forekomsten er høyest i Stovner, Alna og Søndre Nordstrand, og lavest i Ullern, Nordre Aker og St. Hanshaugen. De geografiske forskjellene kan reflektere variasjoner i arbeidsbelastning, livsstil og sosioøkonomiske faktorer som påvirker muskel- og skjeletthelse. Samlet sett er korsryggsmerter en utbredt plage i alle bydeler, med en betydelig andel av befolkningen som rapporterer slike problemer.

Figur B) viser andelen personer med korsryggsmerter de siste 28 dagene, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Det er en tydelig sammenheng mellom utdanningsnivå og forekomsten av korsryggsmerter, der andelen med slike plager er høyest blant personer med grunnskoleutdanning og lavest blant dem med høyere utdanning på mer enn fire år. Denne trenden gjelder for både kvinner og menn, men nivåene er gjennomgående høyere for kvinner i alle utdanningsgrupper. Disse funnene kan tyde på at både utdanningsnivå og kjønn har en betydelig innvirkning på forekomsten av korsryggsmerter.

Figur 12 forts.: Korsryggsmerter siste 28 dager etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

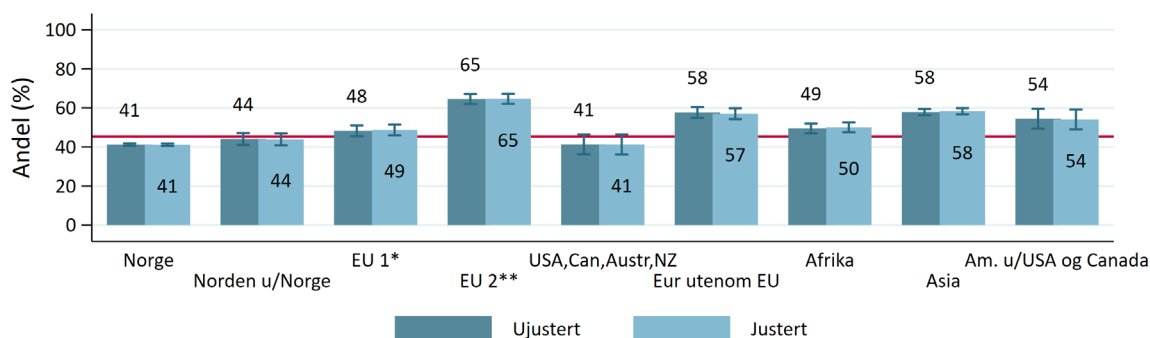


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

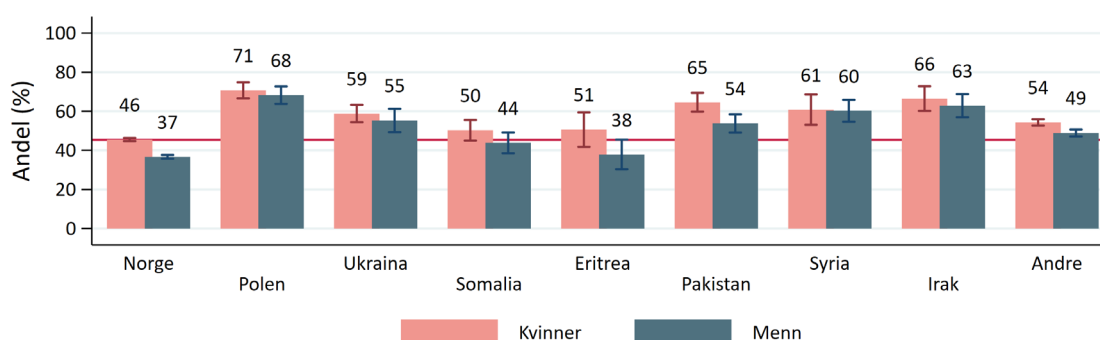
Figur C) viser andelen personer med korsryggsmerter de siste 28 dagene, fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er forekomsten høyest i aldersgruppen 30–39 år og relativt stabil eller noe synkende fram til 80+, hvor det igjen observeres en liten økning. Blant menn er det et lignende mønster, der forekomsten også er høyest i alderen 30–39 år, men deretter synker gradvis med økende alder. Kvinner rapporterer generelt høyere forekomst av korsryggsmerter enn menn i alle aldersgrupper. Disse funnene kan indikere at arbeidsbelastning, graviditetsrelaterte faktorer eller andre livsstilsforhold spiller en rolle for forskjellene mellom kjønn og alder.

Figur D) viser andelen personer med korsryggsmerter de siste 28 dagene, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Det er en tydelig sammenheng mellom økonomisk situasjon og forekomsten av korsryggsmerter, hvor andelen med slike plager er høyest blant dem som opplever husholdningsøkonomien som «svært vanskelig» og lavest blant dem som vurderer den som «svært lett». Denne trenden gjelder for både kvinner og menn, men kvinner rapporterer gjennomgående høyere forekomst av korsryggsmerter enn menn i de fleste økonomiske grupper. Forskjellen mellom kjønnene er tydelig i de fleste kategorier, men den er ikke nødvendigvis statistisk signifikant i gruppen med svært vanskelig økonomi, der konfidensintervallene for menn og kvinner overlapper. Dette tyder på at økonomiske utfordringer er sterkt knyttet til forekomsten av korsryggsmerter for begge kjønn, men at kjønnsforskjellen i mindre grad kommer til uttrykk i gruppene med de største økonomiske belastningene.

Figur 12 forts: Korsryggsmerter siste 28 dager etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).



E) Fødelandsgruppe



F) Utvalgte fødeland og kjønn, aldersjustert

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
 *EU/EFTA frem til 2004 u/Norden
 **Nye EU-land etter 2004

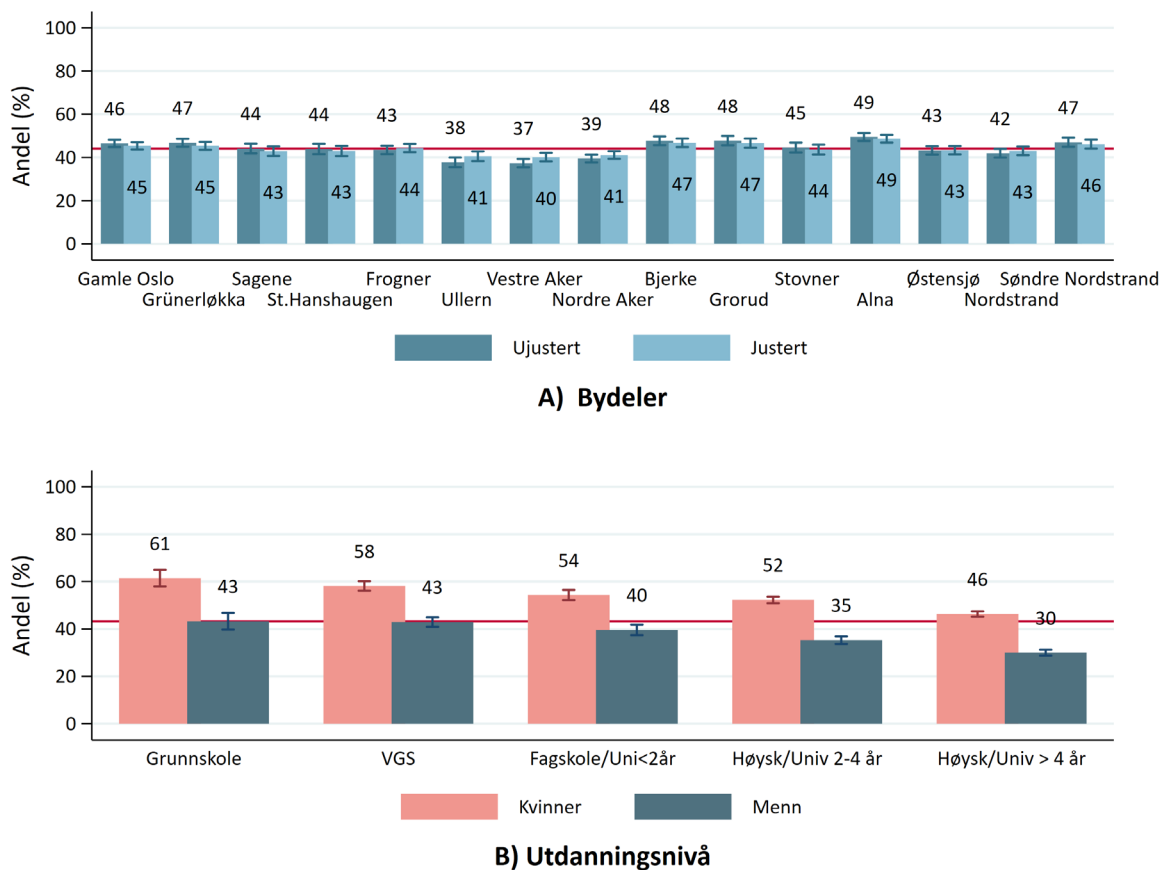
Figur E) viser andelen som rapporterer korsryggsmerter i løpet av de siste 28 dagene, fordelt på fødelandsgruppe og justert for kjønn og alder. Blant annet ligger andelen tydelig høyere hos personer fra de nyere EU-landene, Europa utenfor EU og Asia, mens den er lavest hos dem fra Norge og USA/Canada/Australia/New Zealand. Disse forskjellene vedvarer etter justeringen, noe som tyder på at kulturelle eller andre bakenforliggende faktorer kan påvirke forekomsten av korsryggsmerter.

Figur F) viser andelen som rapporterer korsryggsmerter i løpet av de siste 28 dagene, fordelt på kjønn og utvalgte fødelandsgrupper. Blant kvinnene er forekomsten generelt høyest for dem med polsk og irakisk bakgrunn, mens andelen er betydelig lavere for kvinner med norsk eller eritreisk bakgrunn. For menn ser vi en tilsvarende trend, med polske og irakiske menn som har en høyere andel enn dem med norsk bakgrunn. Det er rundt 25 prosentpoengs differanse mellom gruppen med lavest og høyest andel hos kvinnene, og forskjellen blant menn nærmer seg 30 prosentpoeng. Dette vitner om en betydelig variasjon i rapporterte korsryggsmerter på tvers av opprinnelsesland.

3.13 Nakkesmerter siste 28 dager

Totalt 45132 deltakere av 45480 (99.2 %) hadde gyldig svar på Nakkesmerter siste 28 dager. Andelen for hele utvalget var **44,0 %** (KI95%: 43,5-44,5). Andelen for kvinner var 52,1 % (n=25233; KI95%: 51,4-52,8) og andelen for menn var 35,8 % (n=19899; KI95%: 35,0-36,5).

Figur 13: Nakkesmerter siste 28 dager etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).



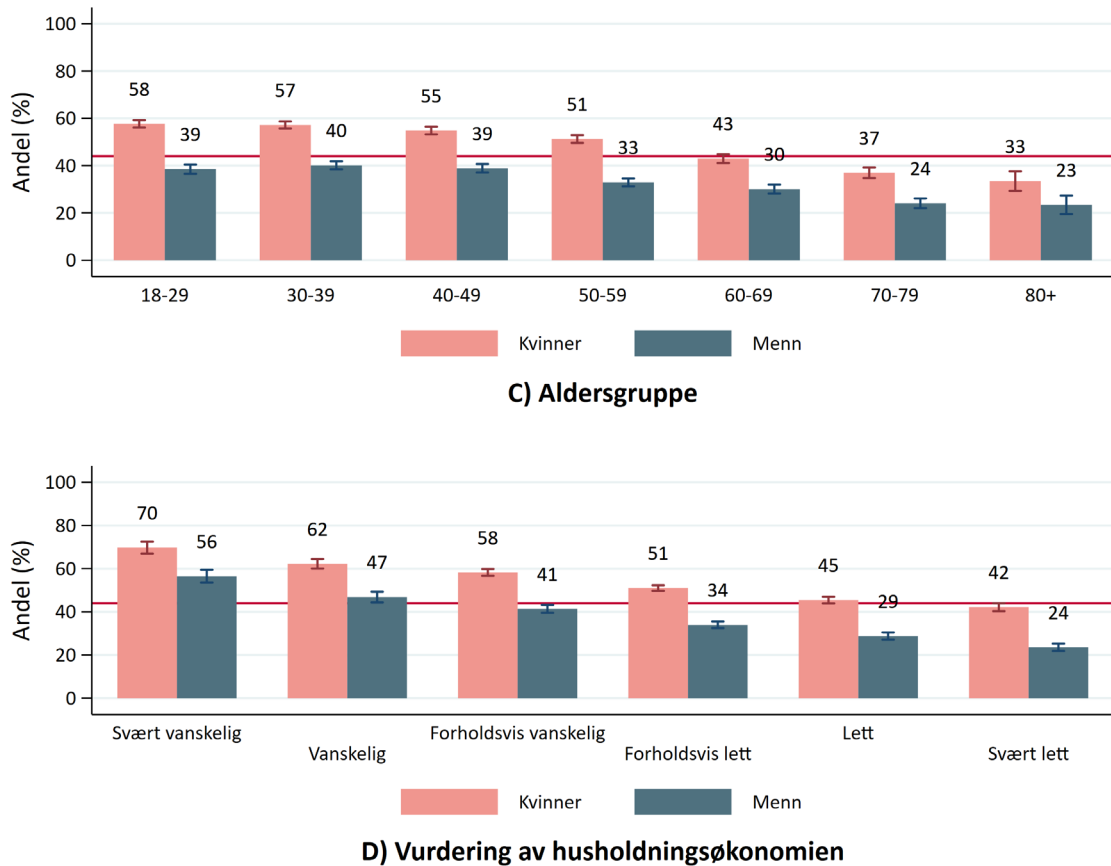
Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser andelen personer som rapporterer å ha hatt nakkesmerter i løpet av de siste 28 dagene, fordelt på bydeler i Oslo. Forekomsten varierer mellom bydeler, og de høyeste andelenene av rapporterte nakkesmerter finnes i Alna, Bjerke og Grorud, mens de laveste andelenene ses i Ullern, Vestre Aker og Nordre Aker. Disse forskjellene kan reflektere variasjoner i arbeidsbelastning, fysisk aktivitetsnivå, ergonomiske forhold og andre faktorer som påvirker muskel- og skjeletthelse. Når tallene justeres for alder, kjønn og utdanningsnivå, reduseres noen av forskjellene mellom bydeler, noe som tyder på at en del av variasjonen kan forklares av ulik befolkningssammensetning.

Figur B) viser andelen personer som rapporterer å ha hatt nakkesmerter i løpet av de siste 28 dagene, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Det er en tydelig sammenheng mellom utdanningsnivå og forekomsten av nakkesmerter, der andelen generelt er høyere blant dem med lavere utdanning. Blant kvinner er forekomsten høyest blant dem med grunnskole og videregående utdanning, og den avtar gradvis med høyere utdanningsnivå. En lignende trend ses blant menn, men nivåene er gjennomgående lavere enn hos kvinner i alle

utdanningsgrupper. Disse funnene kan tyde på at både utdanningsnivå og kjønn har en betydelig innvirkning på forekomsten av nakkesmerter.

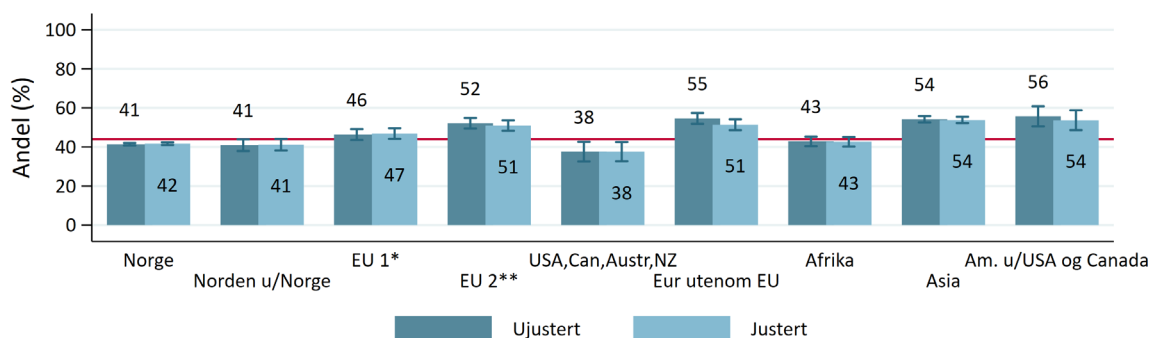
Figur 13 forts.: Nakkesmerter siste 28 dager etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



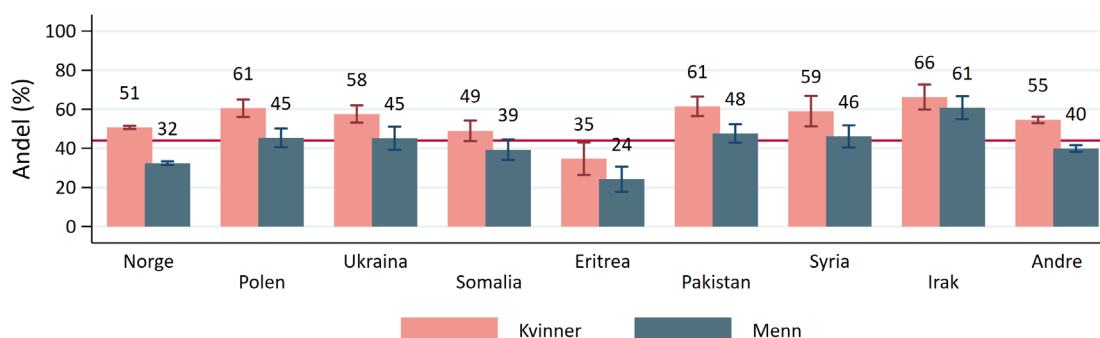
Figur C) viser andelen personer som rapporterer å ha hatt nakkesmerter i løpet av de siste 28 dagene, fordelt på kjønn og alder. Forekomsten av nakkesmerter er høyest i de yngre aldersgruppene og avtar gradvis med økende alder for begge kjønn. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 18–39 år, før den synker jevnt gjennom de eldre aldersgruppene. Menn rapporterer generelt lavere forekomst av nakkesmerter enn kvinner i alle aldersgrupper, men også hos menn er forekomsten høyest i de yngre aldersgruppene og synker med alder. Disse funnene kan reflektere forskjeller i arbeidsbelastning, stressnivå og livsstilsfaktorer på tvers av ulike aldersgrupper, samt at kroniske muskel- og skjelettplager kan påvirke yngre og middelaldrende voksne i større grad enn de eldste aldersgruppene.

Figur D) viser andelen personer som rapporterer å ha hatt nakkesmerter i løpet av de siste 28 dagene, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Forekomsten av nakkesmerter er høyest blant dem som oppgir at husholdningsøkonomien er «svært vanskelig» og avtar gradvis med bedre økonomisk situasjon. Denne trenden gjelder for både kvinner og menn, men kvinner rapporterer gjennomgående høyere forekomst av nakkesmerter enn menn i alle økonomiske grupper. Forskjellen mellom kjønnene er relativt stabil på tvers av økonomiske grupper. Disse funnene kan tyde på at økonomiske utfordringer kan bidra til økt risiko for muskel- og skjelettplager, enten gjennom økt stressbelastning, redusert tilgang til helsefremmende tiltak, yrkeseksponering, eller andre forhold.

Figur 13 forts: Nakkesmerter siste 28 dager etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).



E) Fødelandsgruppe



F) Utvalgte fødeland og kjønn, aldersjustert

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
 *EU/EFTA frem til 2004 u/Norden
 **Nye EU-land etter 2004

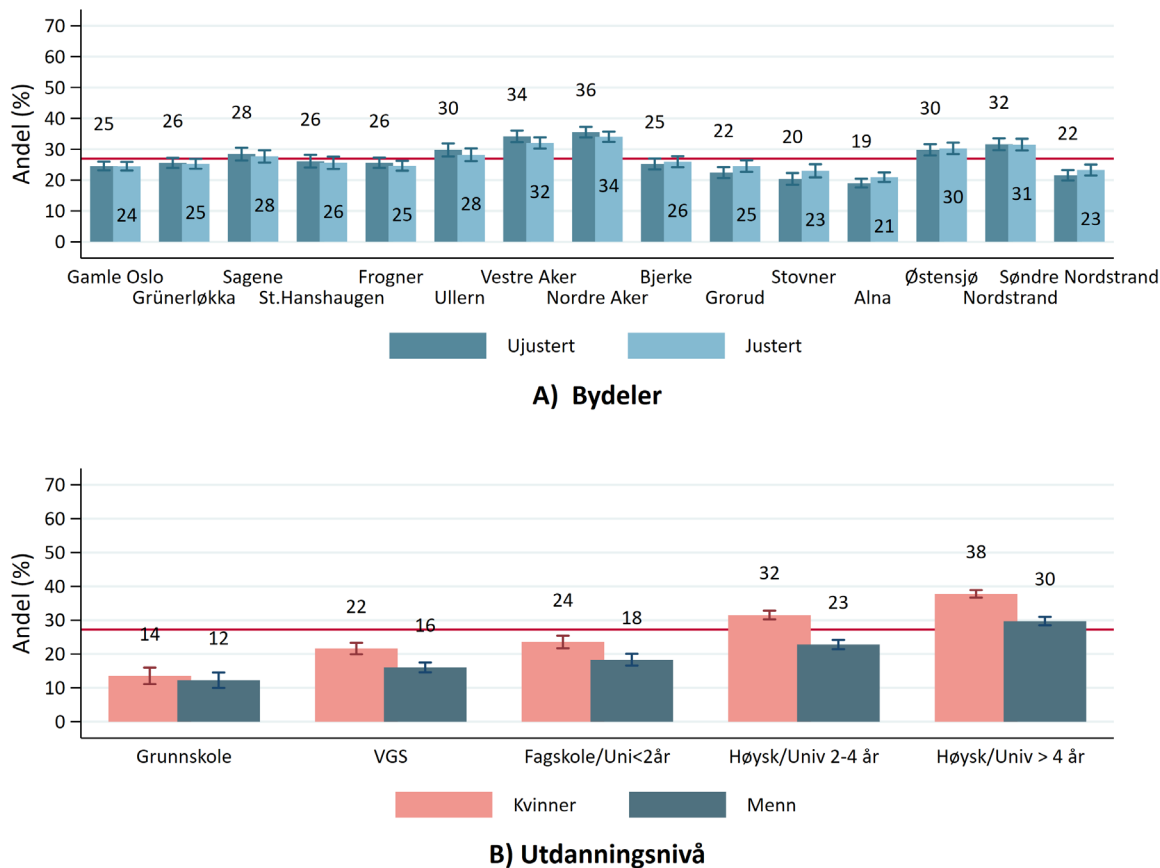
Figur E) viser andelen som oppgir nakkesmerter i løpet av de siste 28 dagene, fordelt på fødelandsgruppe og justert for kjønn og alder. Andelen er høyest blant personer med bakgrunn fra Asia og Amerika utenom USA og Canada, mens den er lavest blant dem fra USA/Canada/Australia/New Zealand. Forskjellene vedvarer selv etter justering.

Figur F) viser andelen som rapporterer nakkesmerter i løpet av de siste 28 dagene, fordelt på kjønn og utvalgte fødelandsgrupper. Kvinner med bakgrunn fra blant annet Irak, Pakistan og Syria skiller seg ut med en høyere andel nakkesmerter enn kvinner fra Norge og Eritrea. Blant menn finner vi høyest forekomst i enkelte grupper som Irak, mens menn fra Norge og Eritrea rapporterer en lavere andel. Disse resultatene antyder at både kjønn og opprinnelsesland er viktige faktorer for forekomsten av nakkesmerter.

3.14 Høy sosial støtte

Totalt 44802 deltakere av 45480 (98.5 %) hadde gyldig svar på Høy sosial støtte. Andelen for hele utvalget var **27,0 %** (KI95%: 26,5-27,4). Andelen for kvinner var 31,0 % (n=25046; KI95%: 30,4-31,7) og andelen for menn var 22,8 % (n=19756; KI95%: 22,2-23,5).

Figur 14: Høy sosial støtte etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).

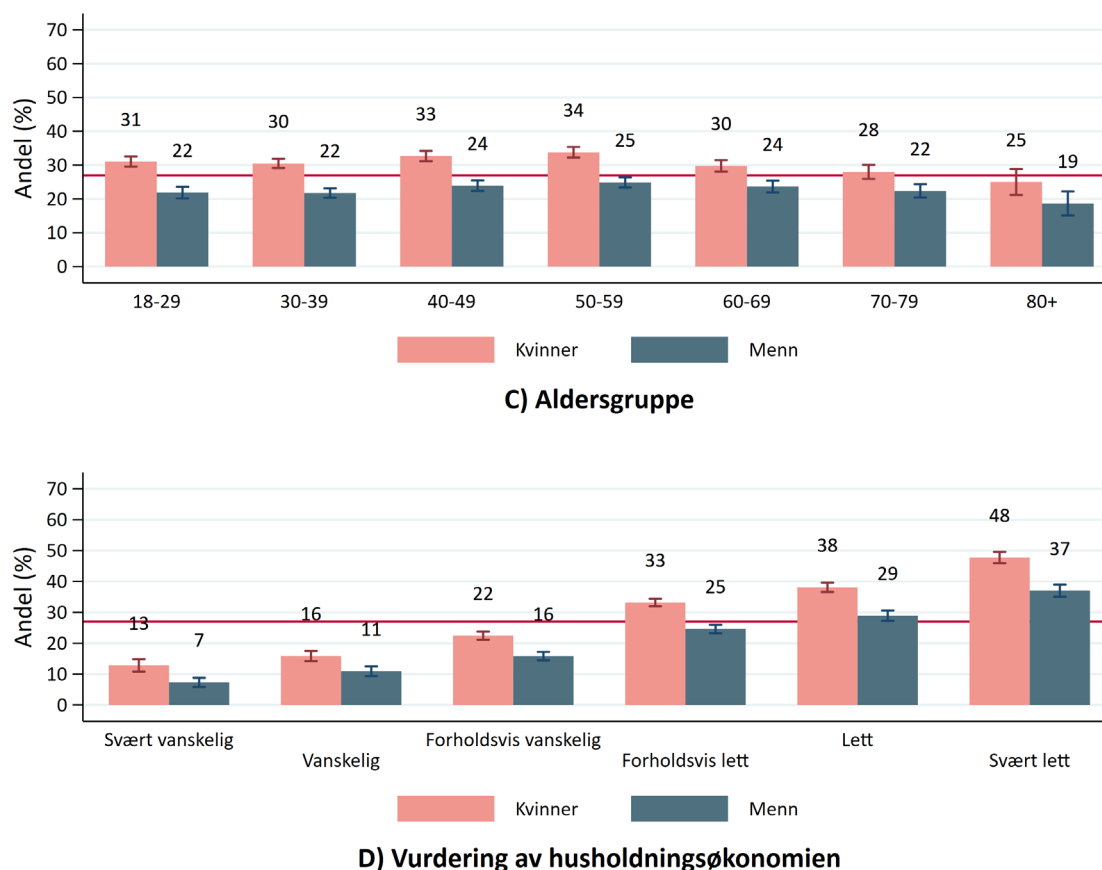


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser at andelen som rapporterer høy sosial støtte varierer mellom bydelene i Oslo. De laveste estimatene finnes i Grorud, Stovner og Alna, mens de høyeste andelenene med høy sosial støtte observeres i Vestre Aker, Nordre Aker og Nordstrand. Det er en tendens til at bydelene i de vestlige delene av Oslo har noe høyere nivåer av sosial støtte sammenlignet med enkelte bydeler i øst. Forskjellene utjevnes noe når vi justerer for kjønn, alder og utdanning.

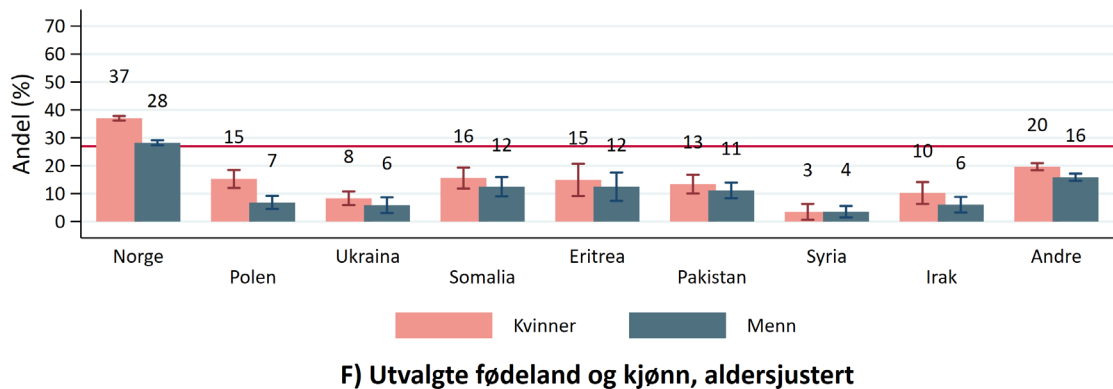
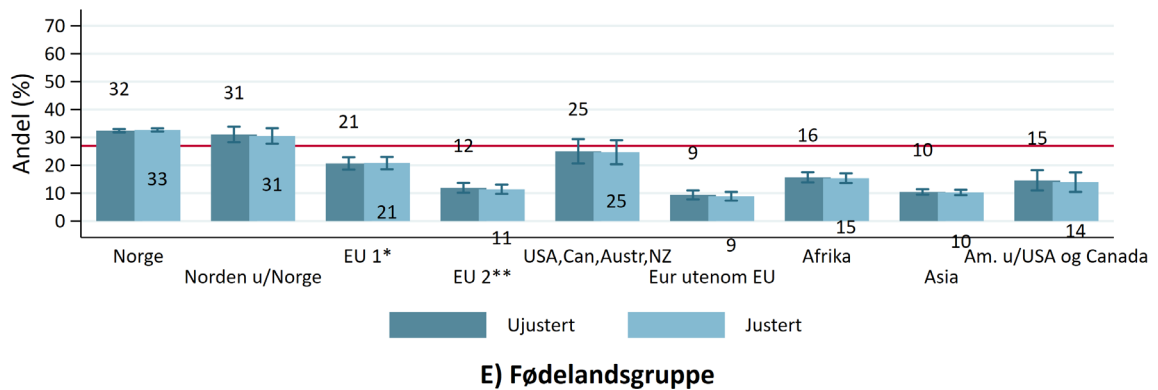
Figur B) viser at andelen som rapporterer høy sosial støtte øker med utdanningsnivå for både kvinner og menn. Blant dem med grunnskoleutdanning er det ingen tydelige kjønnsforskjeller, men forskjellen mellom kjønnene blir gradvis mer markant med økende utdanningsnivå. Kvinner rapporterer mer sosial støtte enn menn i de høyere utdanningsgruppene, og forskjellene ser ut til å være relativt like blant dem med høyere utdanning.

Figur 14 forts.: Høy sosial støtte etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Figur C) viser andelen som rapporterer høy sosial støtte fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen relativt stabil på tvers av aldersgruppene, med noe høyere i aldersgruppen 50–59 år. Blant menn er andelen også relativt stabil, men noe lavere enn blant kvinner i de fleste aldersgrupper. I de eldste aldersgruppene reduseres forskjellen mellom kjønnene, og i gruppen 80 år og eldre overlapper konfidensintervallene, noe som indikerer at forskjellen ikke er statistisk signifikant.

Figur D) viser andelen som rapporterer høy sosial støtte fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Andelen øker med økende økonomisk trygghet for både kvinner og menn. Kvinner rapporterer gjennomgående høyere sosial støtte enn menn i alle økonomiske grupper, med signifikante forskjeller mellom kjønnene på tvers av alle kategorier. Blant dem som vurderer økonomien som "svært lett" er andelen med høy sosial støtte mer enn fire ganger så stor sammenlignet med dem som oppgir at økonomien er "svært vanskelig". Dette tydeliggjør en sterk sammenheng mellom økonomisk trygghet og opplevd sosial støtte.

Figur 14 forts: Høy sosial støtte etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
 *EU/EFTA frem til 2004 u/Norden
 **Nye EU-land etter 2004

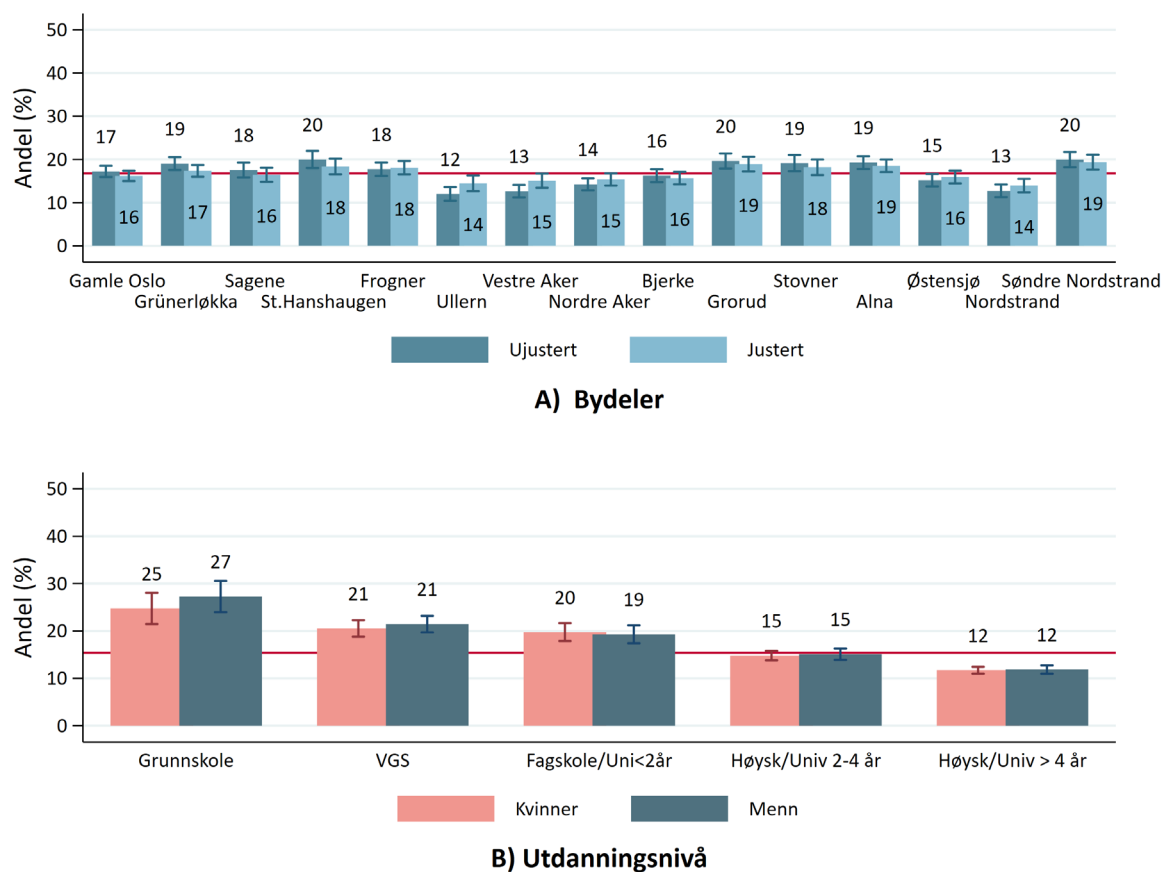
Figur E) viser andelen som rapporterer høy sosial støtte, fordelt på fødelandsgruppe, justert for kjønn og alder. Andelen er høyest blant personer født i Norge og i de øvrige nordiske landene, mens den er klart lavest blant dem med bakgrunn fra Asia, Europa utenfor EU og de nyere EU-landene. Etter justering for kjønn og alder består de samme forskjellene, noe som tyder på at sosial støtte varierer betydelig mellom ulike fødelandsgrupper, uavhengig av demografiske faktorer.

Figur F) viser andelen som rapporterer høy sosial støtte, fordelt på kjønn og utvalgte fødeland. Blant kvinnene er andelen høyest blant dem med norsk bakgrunn, mens den er klart lavest blant kvinner fra Syria. For menn er mønsteret lignende, der andelen er høyest for dem med norsk bakgrunn og lavest for dem fra Syria, Irak og Ukraina. Kvinner rapporterer generelt høyere sosial støtte enn menn innen de fleste fødelandsgrupper, men nivåene varierer betydelig mellom ulike grupper. Dette tyder på at både kjønn og opprinnelsesland spiller en viktig rolle for opplevelsen av sosial støtte.

3.15 Ensomhet (UCLA-3)

Totalt 44777 deltakere av 45480 (98.5 %) hadde gyldig svar på Ensomhet (UCLA-3). Andelen for hele utvalget var **16,8 %** (KI95%: 16,4-17,2). Andelen for kvinner var 16,3 % (n=25025; KI95%: 15,8-16,8) og andelen for menn var 17,3 % (n=19752; KI95%: 16,7-17,9).

Figur 15: Ensomhet (UCLA-3) etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).

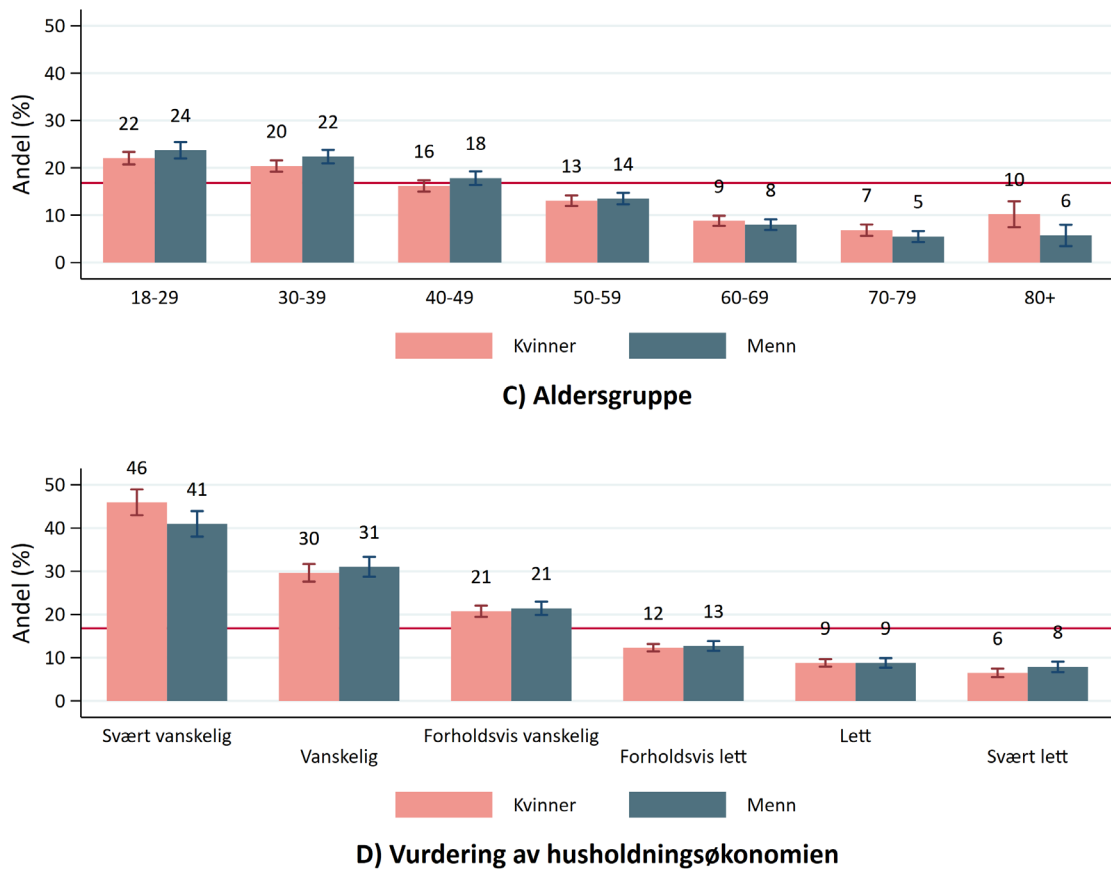


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser andelen personer med høy grad av ensomhet fordelt på bydeler i Oslo. De høyeste andelenene av personer med høy grad av ensomhet finnes i bydelene St. Hanshaugen og Grorud, mens de laveste andelenene rapporteres i Ullern og Nordstrand. Forskjellene mellom bydelene er tydelige, med en tendens til at områder med høyere andeler av ensomhet ligger i mer sentrale bydeler samt noen områder i ytre by med lavere sosioøkonomisk status. Etter justering for demografiske og sosioøkonomiske faktorer er hovedmønsteret relativt stabilt, men noe av forskjellen mellom bydelene reduseres. Dette tyder på at en del av variasjonen kan forklares av befolknings sammensetningen i bydelene.

Figur B) viser andelen som rapporterer høy ensomhet fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Andelen med høy ensomhet synker systematisk med økende utdanningsnivå, både for menn og kvinner. De med grunnskoleutdanning har den høyeste forekomsten av ensomhet, mens de med mer enn fire års høyere utdanning har den laveste. Det er ingen signifikante forskjeller mellom kjønnene i noen av utdanningsgruppene, ettersom konfidensintervallene overlapper.

Figur 15 forts.: Ensomhet (UCLA-3) etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

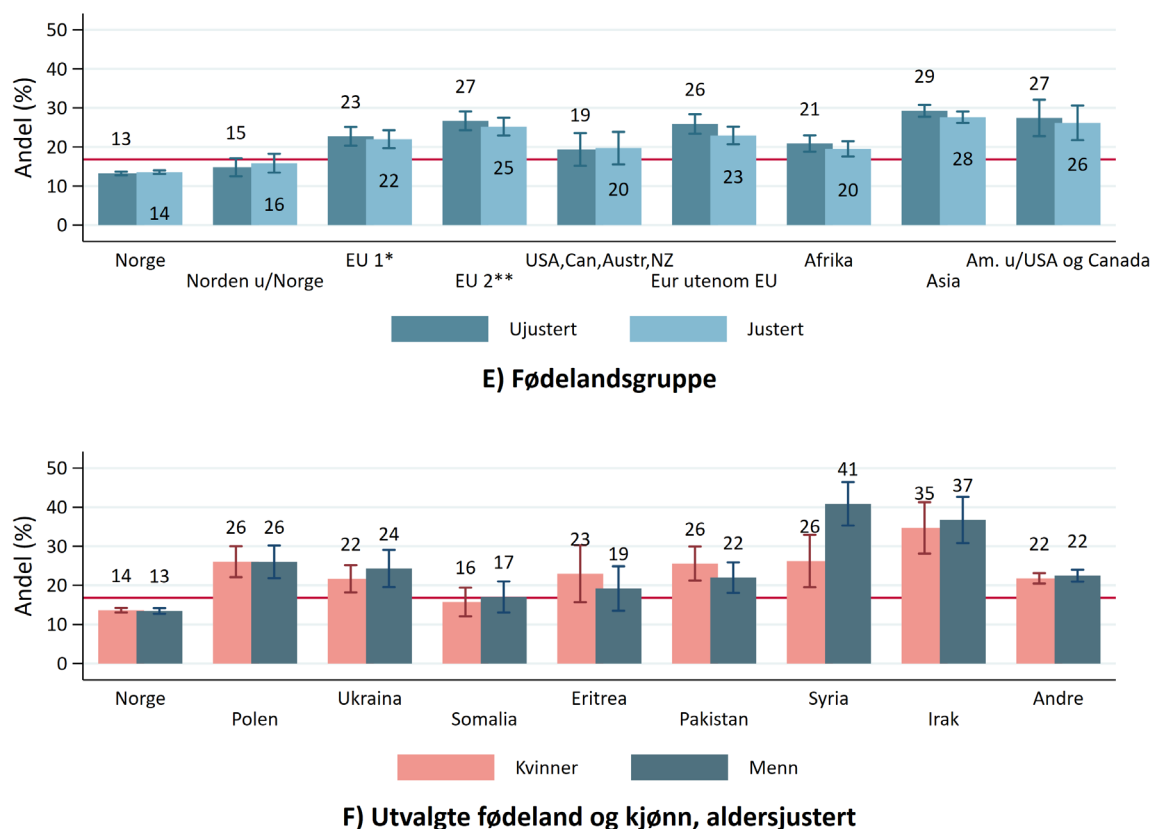


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur C) viser andelen som rapporterer høy ensomhet fordelt på kjønn og alder. Andelen synker med økende alder for både kvinner og menn, og er høyest i de yngste aldersgruppene. Blant de eldste, spesielt i gruppen 70-79 år, er andelen med høy ensomhet lavest. Konfidensintervallene mellom menn og kvinner overlapper på tvers av alle aldersgruppene, noe som betyr at det ikke er signifikante kjønnsforskjeller i noen av dem.

Figur D) viser andelen som rapporterer høy ensomhet fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Andelen synker med økende økonomisk trygghet for både kvinner og menn, og er høyest blant dem som oppgir at økonomien er svært vanskelig. Blant dem som vurderer økonomien som svært lett, er andelen med høy ensomhet betydelig lavere. Forskjellen mellom de ytterste økonomiske gruppene er markant, med en mer enn sju ganger høyere andel som rapporterer høy ensomhet i gruppen med svært vanskelig økonomi sammenlignet med dem som har svært lett økonomi blant kvinner. Konfidensintervallene for kvinner og menn overlapper i alle økonomiske grupper, noe som betyr at det ikke er signifikante kjønnsforskjeller.

Figur 15 forts: Ensomhet (UCLA-3) etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).



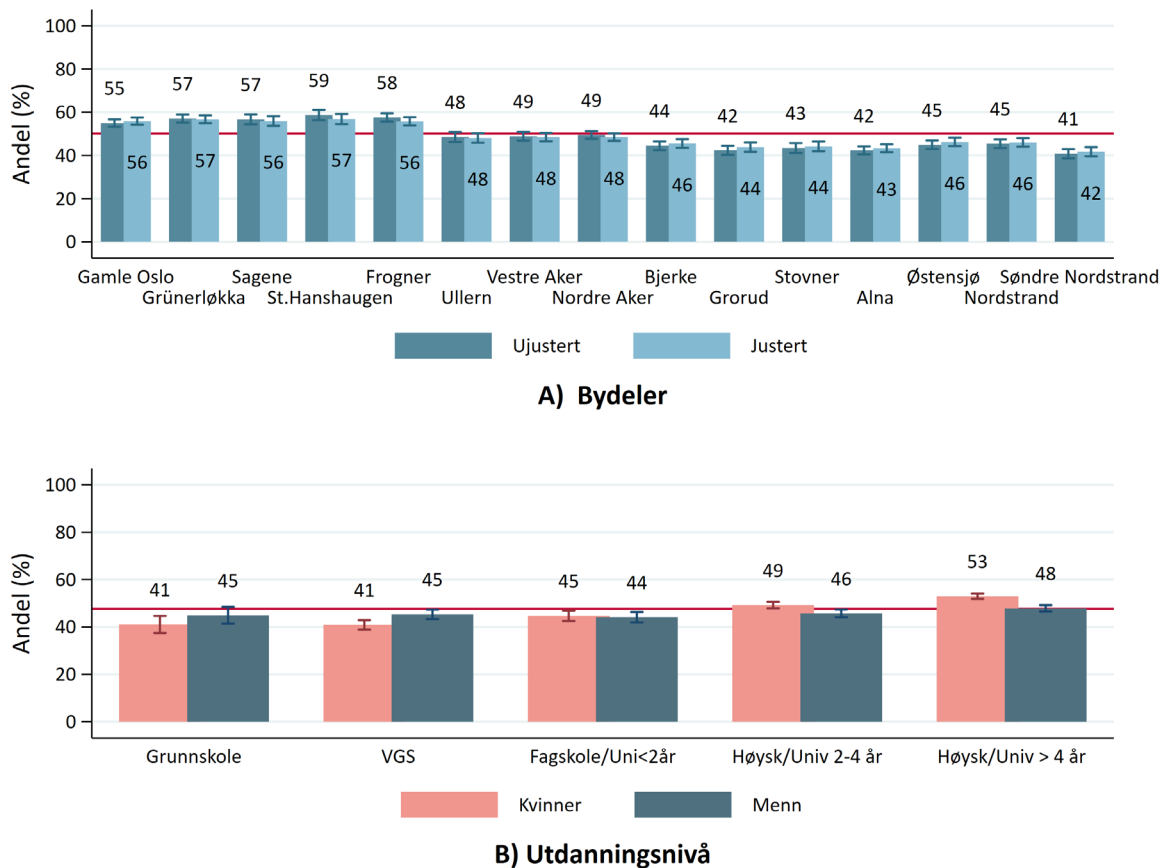
Figur E) viser andelen med høy grad av ensomhet fordelt på fødelandsgruppe, både før og etter justering for alder og kjønn. Andelen er lavest blant personer født i Norge, mens den er klart høyest blant dem med bakgrunn fra Asia. Blant grupper fra europeiske land utenom EU, «nye» EU-land og Amerika utenom USA og Canada, er det også en relativt høy andel som rapporterer ensomhet. Etter justering blir forskjellene noe mindre, men hovedmønsteret består, noe som viser at også kulturelle og sosiale faktorer kan spille en vesentlig rolle for opplevelsen av ensomhet.

Figur F) viser andelen som skårer høyt på UCLA-3-ensomhetsskalaen (≥ 10), fordelt på kjønn og utvalgte fødeland. For kvinner er andelen gjennomgående lavest blant dem med norsk bakgrunn, mens den er høyest blant kvinner fra Irak. For menn er andelen lavest blant dem med norsk bakgrunn, men skiller seg markant ut for menn fra Syria. Resultatene tyder på at både kjønn og opprinnelsesland påvirker hvor mange som rapporterer høy grad av ensomhet.

3.16 Sammen med gode venner ukentlig eller oftere

Totalt 45267 deltakere av 45480 (99.5 %) hadde gyldig svar på Sammen med gode venner ukentlig eller oftere. Andelen for hele utvalget var **50,1 %** (KI95%: 49,6-50,6). Andelen for kvinner var 51,3 % (n=25315; KI95%: 50,6-52,0) og andelen for menn var 48,9 % (n=19952; KI95%: 48,1-49,7).

Figur 16: Sammen med gode venner ukentlig eller oftere etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).



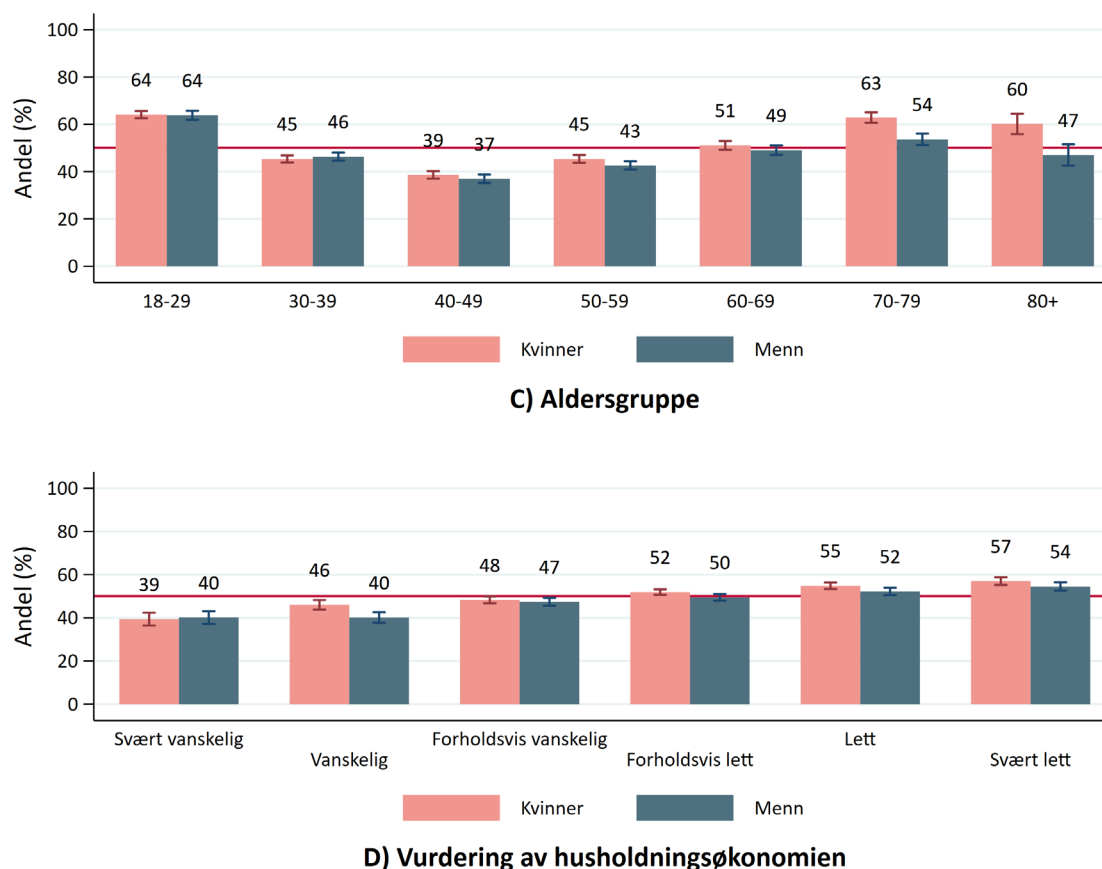
Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser andelen som rapporterer å være sammen med gode venner ukentlig eller oftere, fordelt på bydeler i Oslo. Andelen er høyest i St. Hanshaugen, Grünerløkka og Frogner, mens de laveste andelenes finnes i Søndre Nordstrand, Grorud og Alna. Det er en tendens til at sentrumsnære bydeler har en høyere andel av befolkningen med hyppig sosial omgang sammenlignet med ytre bydeler. Justerte tall viser at denne trenden delvis forklares av demografiske forskjeller mellom bydelene, men hovedbildet forblir relativt uendret.

Figur B) viser andelen som er sammen med gode venner ukentlig eller oftere, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For begge kjønn er det antydning til at andelen øker noe med høyere utdanning, med lavest andel blant dem med grunnskoleutdanning og høyest blant dem med mer enn fire års høyere utdanning. Når det gjelder menn er det imidlertid ikke sikkert forskjellen mellom laveste og høyeste utdanning er statistisk signifikant. Det er ingen konsistente kjønnsforskjeller, da menn har en høyere andel enn kvinner på videregående nivå, mens mønsteret er motsatt blant dem med mer enn fire års høyere utdanning. For de øvrige utdanningsgruppene er det ingen tydelige forskjeller mellom kjønnene, da

konfidensintervallene overlapper. Samlet sett indikerer figuren at utdanningsnivå til en viss grad har sammenheng med sosial omgang.

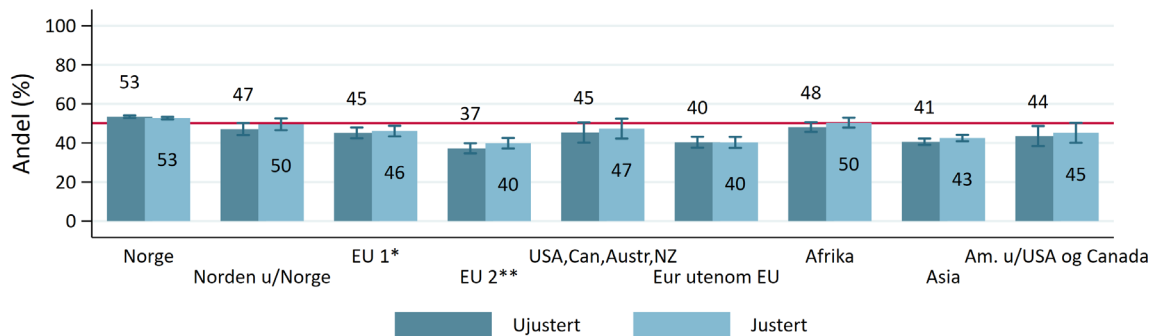
Figur 16 forts.: Sammen med gode venner ukentlig eller oftere etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



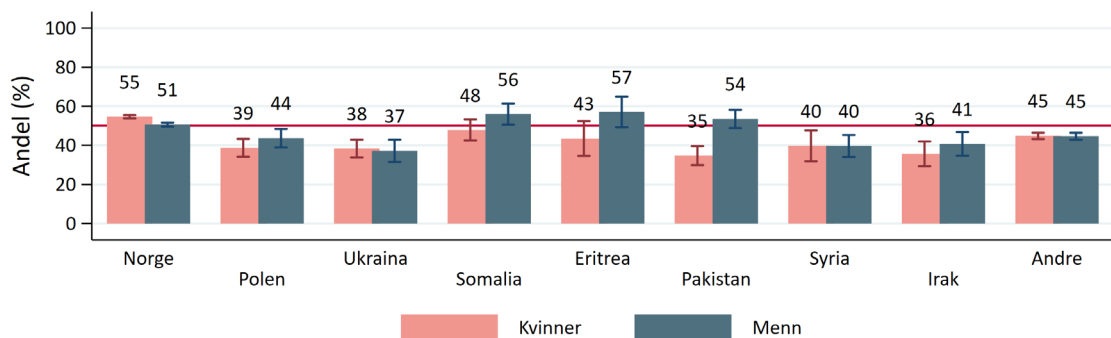
Figur C) viser andelen som er sammen med gode venner ukentlig eller oftere, fordelt på kjønn og alder. Andelen er høyest i den yngste aldersgruppen (18–29 år) og synker deretter fra 30-årsalderen. Fra 60 år øker andelen igjen for begge kjønn. Det er ingen signifikante kjønnsforskjeller før 70-årsalderen, men blant de eldste (70 år og eldre) er andelen noe høyere blant kvinner enn menn.

Figur D) viser andelen som er sammen med gode venner ukentlig eller oftere, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Andelen øker med bedre økonomisk situasjon for både kvinner og menn. Blant de som oppgir at økonomien er «svært vanskelig», er andelen lavest, mens den er høyest i gruppen som vurderer økonomien som «svært lett». Forskjellene mellom kjønnene er små og ikke systematiske på tvers av økonomiske grupper, da konfidensintervallene overlapper for de fleste kategorier.

Figur 16 forts: Sammen med gode venner ukentlig eller oftere etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).



E) Fødelandsgruppe



F) Utvalgte fødeland og kjønn, aldersjustert

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
 *EU/EFTA frem til 2004 u/Norden
 **Nye EU-land etter 2004

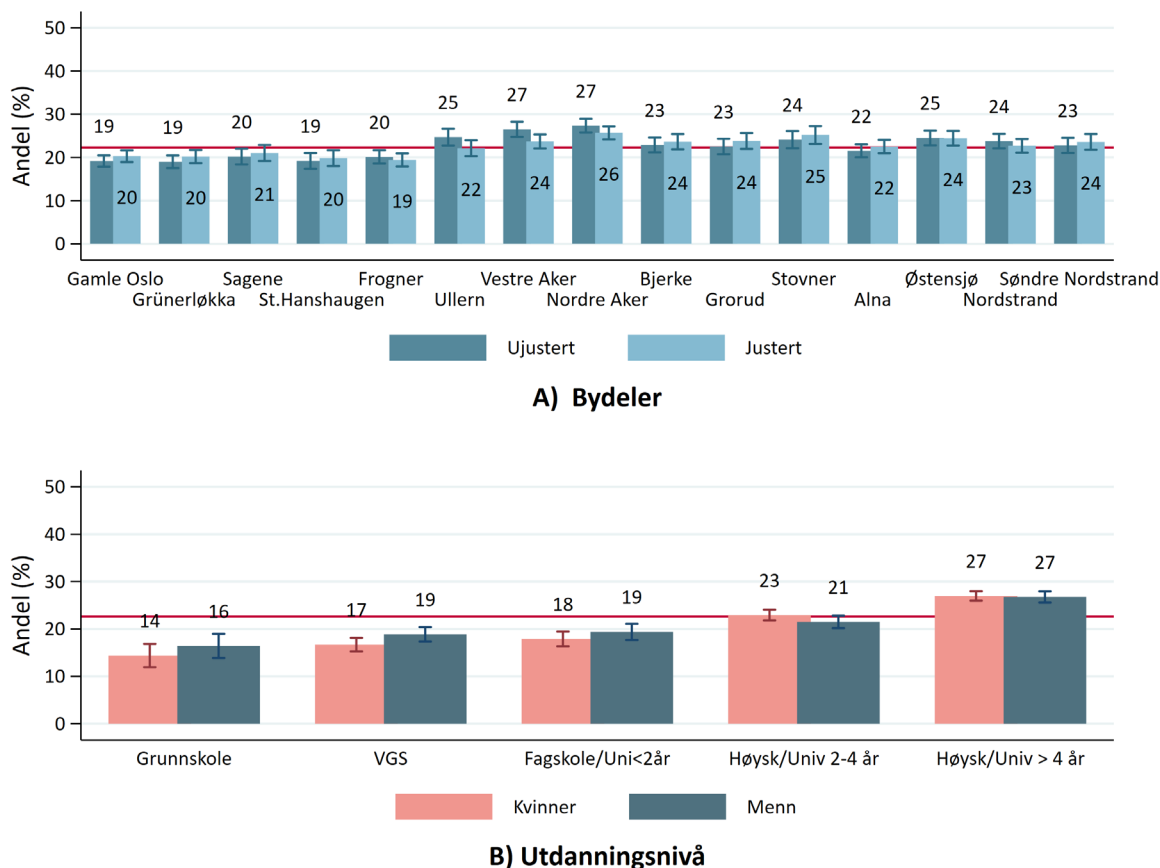
Figur E) viser andelen som er sammen med gode venner ukentlig eller oftere, fordelt på fødelandsgruppe før og etter justering for alder og kjønn. Andelen er høyest blant personer født i Norge (om lag 53 % ujustert, 53 % justert), mens de laveste andelenene ser vi blant dem som er født i de nyere EU-landene (37 % ujustert, 40 % justert) og Europa utenom EU (40 % ujustert, 40 % justert). Personer født i Afrika skiller seg ut med en relativt høy andel (48 % ujustert, 50 % justert). Etter justering reduseres noen av forskjellene, men hovedmønsteret består, noe som tyder på at både sosiodemografiske faktorer og opphav har betydning for hvor ofte man treffer gode venner.

Figur F) viser andelen som er sammen med gode venner ukentlig eller oftere, fordelt på kjønn og utvalgte fødeland. Blant kvinnene er andelen høyest blant dem med norsk bakgrunn (nær 55 %), mens den er klart lavere for kvinner fra for eksempel Pakistan og Irak (rundt 35–36 %). Kvinner fra Somalia (48 %) ligger nærmere nivået for norskfødte kvinner enn de fleste andre gruppene. Blant menn finner vi den høyeste andelen hos dem med bakgrunn fra Eritrea og Somalia (henholdsvis cirka 57 % og 56 %), etterfulgt av menn fra Pakistan (rundt 54 %) og Norge (50 %). De laveste andelenene blant menn sees hos dem fra Ukraina (37 %) og Irak (41 %). Dette tyder på systematiske forskjeller i hvor ofte man møter gode venner, både mellom kvinner og menn innen samme fødelandsgruppe og mellom ulike fødelandsgrupper.

3.17 Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid

Totalt 45275 deltakere av 45480 (99.5 %) hadde gyldig svar på Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid. Andelen for hele utvalget var **22,3 %** (KI95%: 21,9-22,7). Andelen for kvinner var 22,2 % (n=25318; KI95%: 21,6-22,8) og andelen for menn var 22,4 % (n=19957; KI95%: 21,7-23,1).

Figur 17: Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).



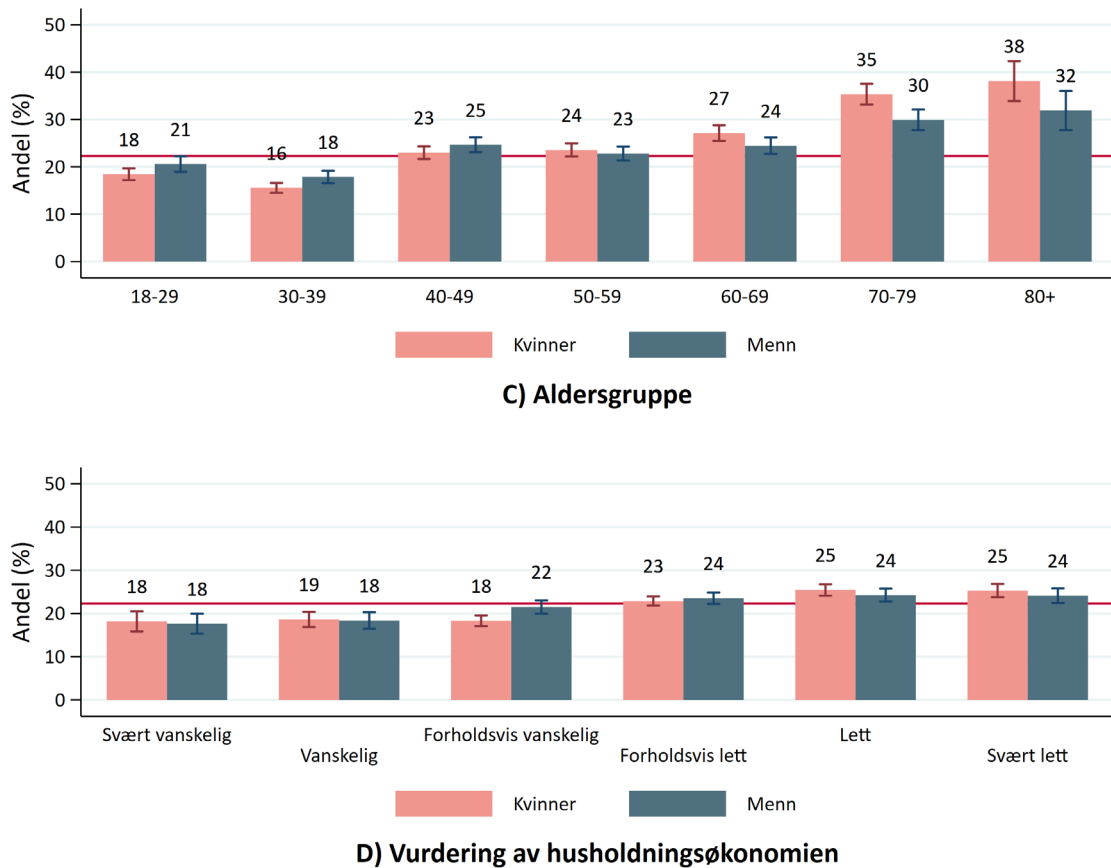
Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser andelen som deltar jevnlig i organisert aktivitet eller frivillig arbeid, fordelt på bydeler i Oslo. Andelen er gjennomgående lavest i de sentrumsnære bydelene som Gamle Oslo, Grünerløkka og St. Hanshaugen, der omtrent én av fem rapporterer ukentlig deltakelse. Andelen er høyest i de vestlige bydelene som Nordre Aker og Vestre Aker, der nærmere én av fire deltar ukentlig i organisert aktivitet. Resultatene viser et tydelig mønster der jevnlig deltakelse i organisert aktivitet øker fra sentrumsnære og østlige bydeler mot vestlige bydeler. Dette mønsteret opprettholdes etter justering for alder, kjønn og utdanning, noe som indikerer at geografiske forskjeller i deltakelse ikke fullt ut kan forklares av kjønn, alder og utdanning.

Figur B) viser andelen som deltar jevnlig i organisert aktivitet eller frivillig arbeid, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn øker andelen som deltar ukentlig i organisert aktivitet med høyere utdanningsnivå. Blant dem med grunnskoleutdanning deltar omtrent halvparten så mange jevnlig sammenlignet med dem som har høyskole- eller universitetsutdanning på mer enn 4 år. Det er ingen signifikante kjønnsforskjeller på noen av

utdanningsnivåene, da konfidensintervallene for kvinner og menn overlapper i alle kategorier. Resultatene viser en tydelig sosial gradient i deltakelse i organisert aktivitet, der høyere utdanning er forbundet med hyppigere deltakelse.

Figur 17 forts.: Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



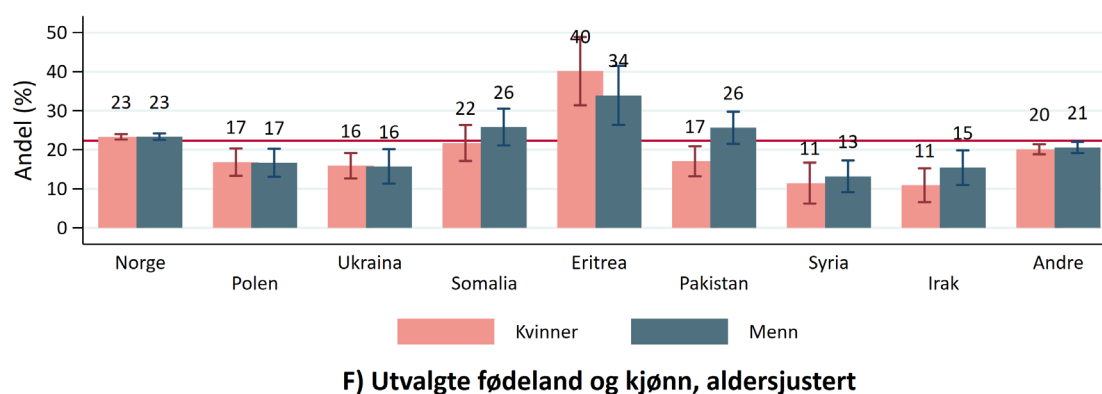
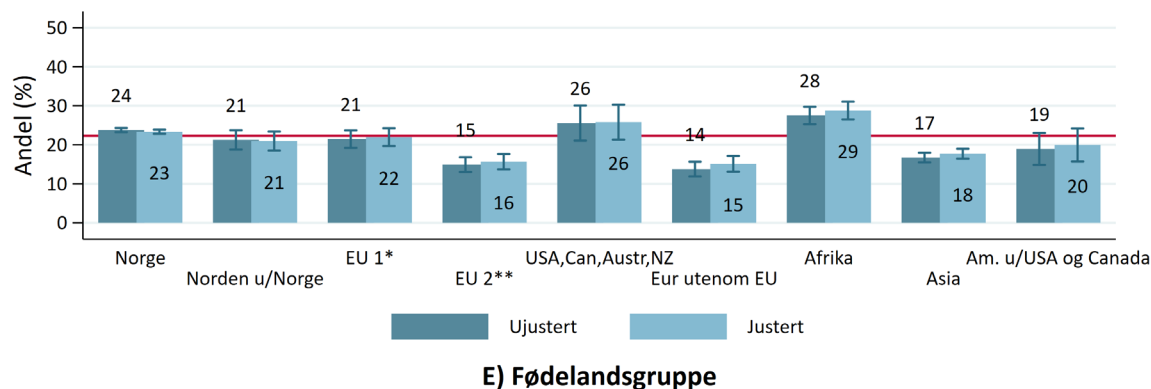
Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur C) viser andelen som deltar jevnlig i organisert aktivitet eller frivillig arbeid, fordelt på kjønn og alder. For begge kjønn øker andelen som deltar jevnlig med alderen, fra lavest deltakelse blant de yngste (18–29 år) til høyest deltakelse blant de eldste (80 år og eldre). Det er signifikante kjønnsforskjeller i aldersgruppen 70–79 år, der kvinner deltar oftere enn menn. I de øvrige aldersgruppene er det ingen signifikante kjønnsforskjeller, da konfidensintervallene overlapper. Blant de yngste (18–29 år) deltar færre enn én av fem jevnlig, mens andelen er mer enn dobbelt så høy blant de eldste (80 år og eldre) for kvinner. For menn øker andelen også med alderen, men økningen er noe mindre uttalt sammenlignet med kvinner. Resultatene viser en tydelig aldersgradient i deltakelse i organisert aktivitet, der deltakelsen øker med alderen, og forskjellene mellom kjønnene er små bortsett fra i aldersgruppen 70–79 år.

Figur D) viser andelen som deltar jevnlig i organisert aktivitet eller frivillig arbeid, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn øker andelen som deltar jevnlig med økende økonomisk trygghet. De som opplever økonomien som «svært vanskelig», «vanskelig» eller «forholdsvis vanskelig» har lavere deltakelse enn de som vurderer økonomien som «forholdsvis lett», «lett» eller «svært lett». Det er i liten grad signifikante kjønnsforskjeller, da konfidensintervallene for kvinner og menn overlapper i de fleste grupper. Resultatene viser en moderat positiv sammenheng mellom økonomisk trygghet og deltakelse i

organisert aktivitet, med et tydelig skille mellom de som opplever økonomien som utfordrende og de som opplever den som mer komfortabel.

Figur 17 forts: Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
 *EU/EFTA frem til 2004 u/Norden
 **Nye EU-land etter 2004

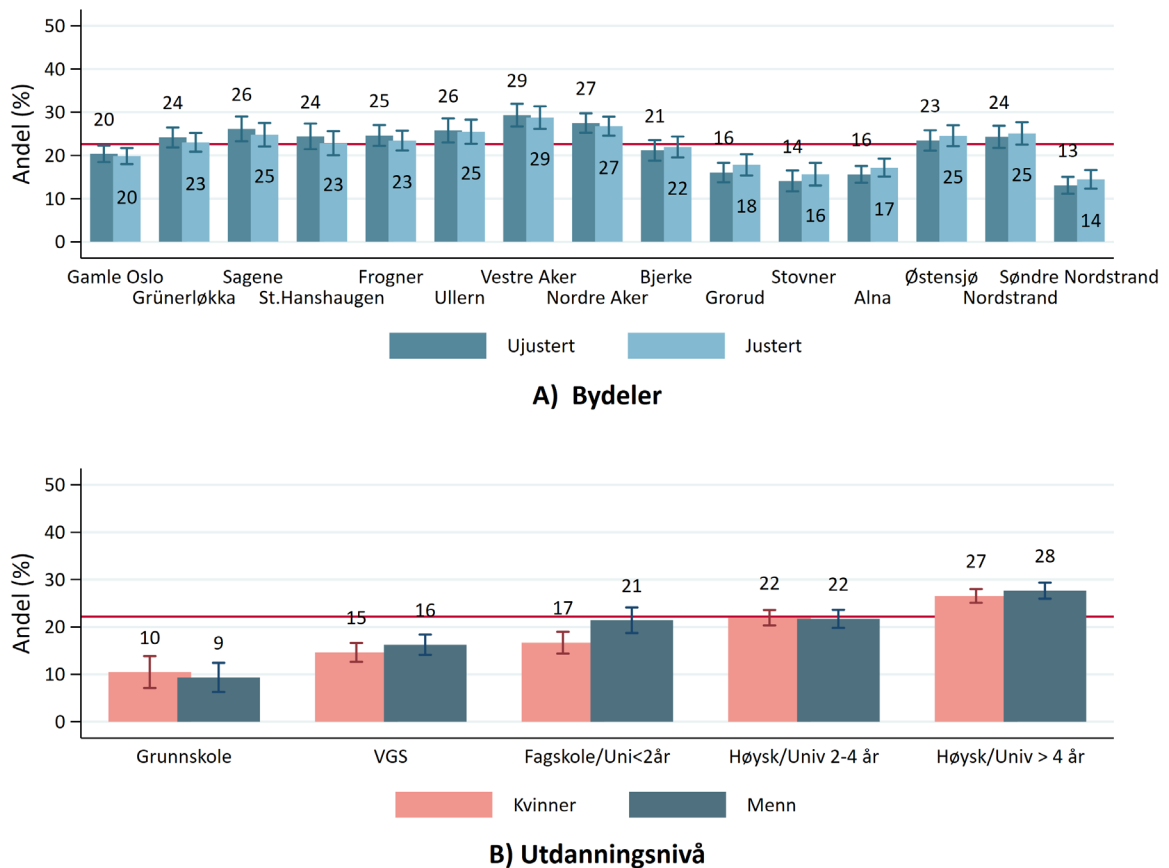
Figur E) viser andelen som deltar i organisert aktivitet eller frivillig arbeid ukentlig eller oftere, fordelt på fødelandsgruppe, justert for kjønn og alder. Andelen er høyest blant personer med bakgrunn fra Afrika, fulgt av dem fra USA/Canada/Australia/New Zealand og fra Norge. Lavest finner vi nivåer hos dem som er født i Europa utenfor EU og i de nyere EU-landene. Forskjellene vedvarer selv etter justering, noe som kan tyde på at kulturelle eller strukturelle forhold påvirker deltakelsen i organisasjons- og frivillighetslivet.

Figur F) viser andelen som deltar ukentlig eller oftere i organisert aktivitet eller frivillig arbeid, fordelt på kjønn og utvalgte fødeland. Blant kvinnene skiller dem fra Eritrea seg klart ut med den høyeste andelen, mens nivåene er klart lavere blant kvinner fra for eksempel Syria og Irak. For menn er andelen også høyest i gruppen med bakgrunn fra Eritrea, mens menn fra Syria og Irak ligger vesentlig lavere. Det er i liten grad kjønnsforskjeller innad i landbakgrunnene. Samlet sett ser vi at opprinnelsesland har betydning for hvor ofte man deltar i organisert aktivitet og frivillig arbeid.

3.18 Minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken

Totalt 22786 deltakere av 45480 (99,7 %, spørsmålene kun gitt halve utvalget) hadde gyldig svar på Minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken. Andelen for hele utvalget var **22,6 %** (KI95%: 22,0-23,2). Andelen for kvinner var 21,5 % (n=12672; KI95%: 20,7-22,3) og andelen for menn var 23,7 % (n=10114; KI95%: 22,8-24,7).

Figur 18: Minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).

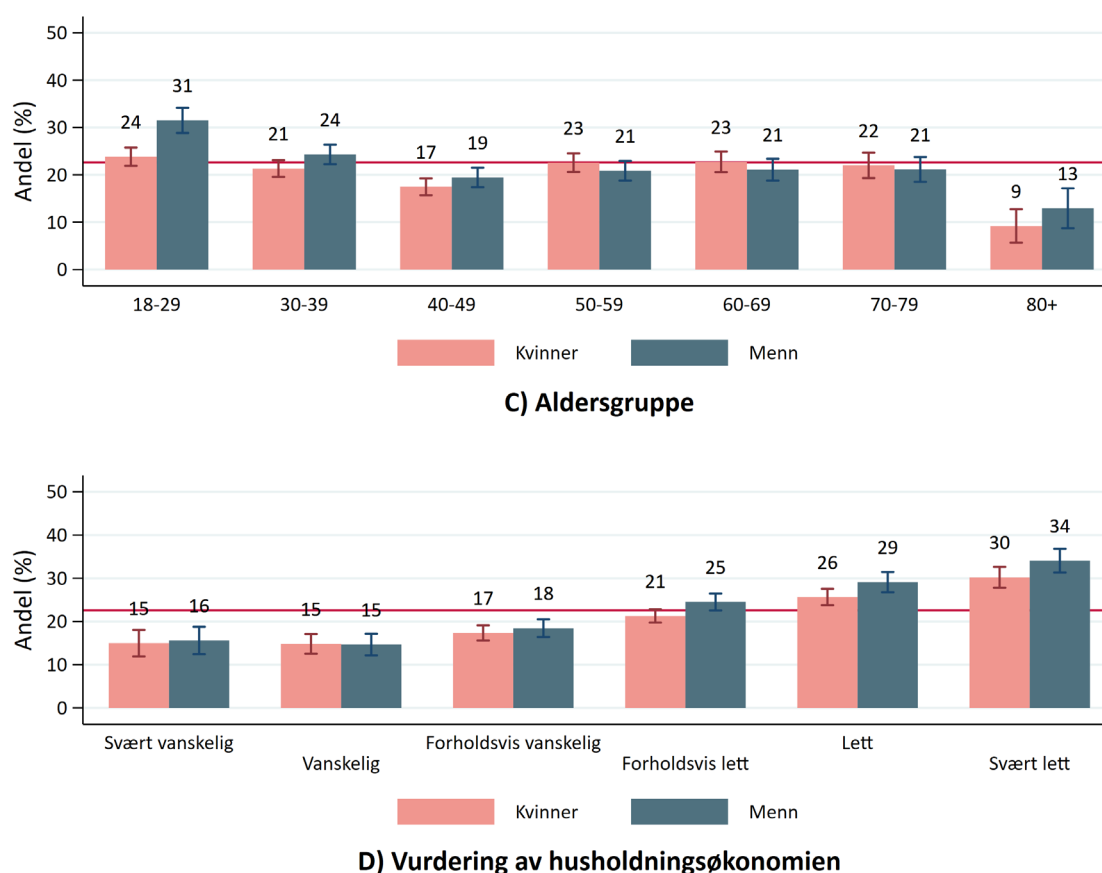


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser andelen i de ulike bydelene i Oslo som rapporterer å være moderat fysisk aktive minst 30 minutter 4 eller flere dager i uken, både før og etter justering for kjønn, alder og utdanningsnivå. Forskjellene mellom bydelene er relativt store, og andelen er lavest i Søndre Nordstrand og høyest i Vestre Aker – en differanse på om lag 15–16 prosentpoeng som er statistisk signifikant. Mønsteret er ganske likt i den justerte modellen, noe som indikerer at forskjellene ikke bare kan forklares av de demografiske variablene som det er kontrollert for.

Figur B) viser andelen som trener eller mosjonerer minst 30 minutter med moderat intensitet minst fire dager i uken, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Andelen øker systematisk med høyere utdanning for både kvinner og menn. Blant dem med grunnskoleutdanning er andelen lavest, mens de med universitets- eller høyskoleutdanning på fire år eller mer har den høyeste andelen. Forskjellen mellom gruppene med lavest og høyest utdanning er på rundt 16 prosentpoeng for kvinner og 18 prosentpoeng for menn. Dette mønsteret tyder på at utdanningsnivå har en tydelig sammenheng med fysisk aktivitetsnivå, og at det er relativt små kjønnsforskjeller innenfor hvert utdanningsnivå.

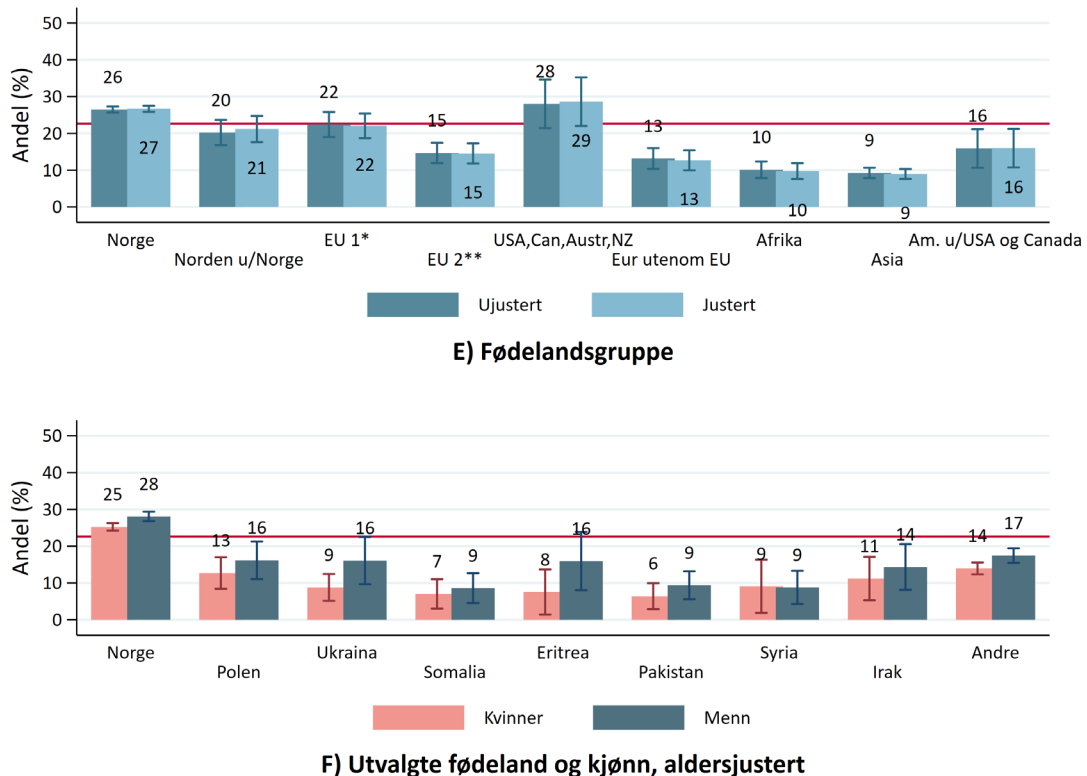
Figur 18 forts.: Minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Figur C) viser andelen som trener eller mosjonerer minst 30 minutter med moderat intensitet minst fire dager i uken, fordelt på kjønn og alder. Blant både kvinner og menn er andelen høyest i den yngste aldersgruppen (18–29 år) og synker deretter jevnt frem til 40-årene. For kvinner øker andelen igjen i 50-årene og holder seg stabil frem til 70-årsalderen, før den synker markant i aldersgruppen 80 år og eldre. Blant menn er mønsteret likt, men med en svakere økning i middelalderen. Forskjellen mellom den yngste og eldste aldersgruppen er størst blant menn, med en reduksjon på nærmere 19 prosentpoeng, mens forskjellen blant kvinner er rundt 15 prosentpoeng. Disse resultatene viser at fysisk aktivitet er mest utbredt i yngre aldersgrupper og at aktivitetsnivået reduseres betydelig i den eldste aldersgruppen.

Figur D) viser andelen som trener eller mosjonerer minst 30 minutter med moderat intensitet minst fire dager i uken, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For både kvinner og menn ser vi en tydelig trend der fysisk aktivitetsnivå øker i takt med hvor lett man opplever at husholdningsøkonomien strekker til. Blant dem som oppgir at det er svært vanskelig å få økonomien til å strekke til, er andelen fysisk aktive klart lavest, mens den høyeste andelen finnes hos dem som opplever økonomien som svært lett å håndtere. Forskjellen mellom gruppene med lavest og høyest økonomisk mestring er omtrent 15 prosentpoeng for kvinner og nærmere 19 prosentpoeng for menn. Disse forskjellene indikerer at økonomiske forhold kan ha en betydelig innvirkning på hvor ofte man er fysisk aktiv.

Figur 18 forts: Minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).



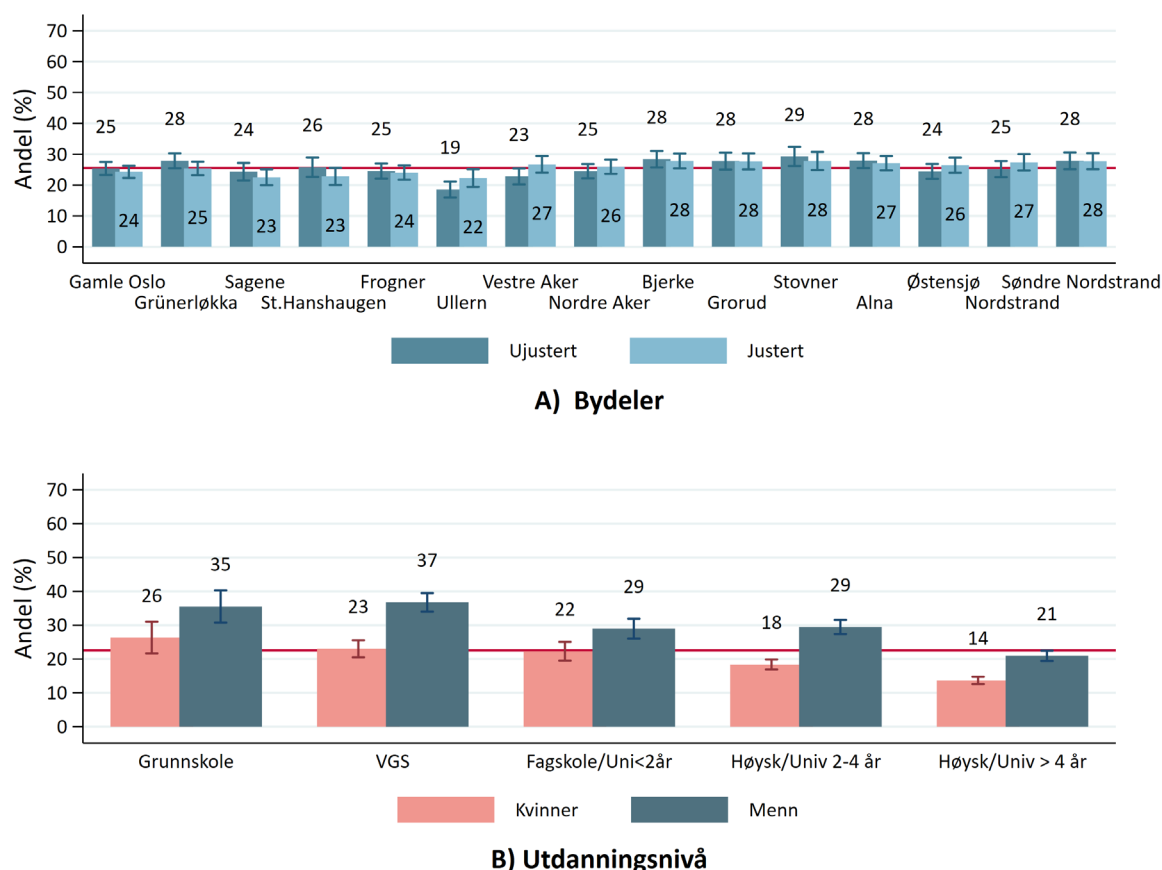
Figur E) viser at andelen som oppfyller kriteriet om minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet fire eller flere dager i uken er høyest blant dem med bakgrunn fra USA, Canada, Australia eller New Zealand, mens andelen er klart lavest blant dem som er født i Asia; differansen er på nær 19 prosentpoeng, og konfidensintervallene for disse to ytterpunktene overlapper ikke, noe som tyder på en statistisk signifikant forskjell. De øvrige gruppene plasserer seg mellom disse ytterkategoriene, og samme bilde framkommer også når det justeres for alder, kjønn og utdanningsnivå.

Figur F) viser at andelen kvinner som oppfyller kravet om minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet fire eller flere dager i uken, er klart høyest blant dem som er født i Norge, mens lavest andel forekommer blant kvinner fra Pakistan. For menn ser vi samme mønster med høyest andel blant dem som er født i Norge og lavest andel blant menn fra Somalia, Pakistan og Syria. Konfidensintervallene for de høyeste og laveste gruppene overlapper ikke, noe som tyder på at forskjellene er statistisk signifikante.

3.19 Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere

Totalt 22821 deltakere av 22864 (99,8 % spørsmålet kun gitt halve utvalget) hadde gyldig svar på Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere. Andelen for hele utvalget var **25,6 %** (KI95%: 24,9-26,2). Andelen for kvinner var 20,9 % (n=12702; KI95%: 20,1-21,7) og andelen for menn var 30,3 % (n=10119; KI95%: 29,2-31,3).

Figur 18: Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).



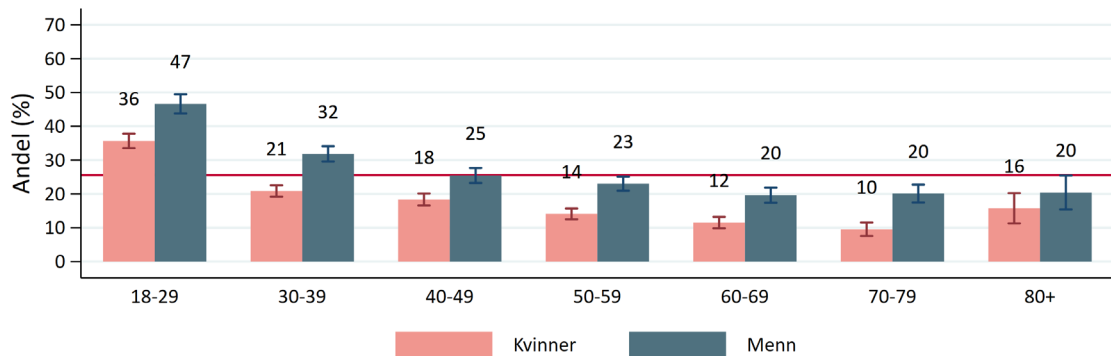
Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser andelen personer som rapporterer å drikke sukkerholdig brus eller leskedrikk 2–3 ganger per uke eller oftere, fordelt på bydeler i Oslo. Forekomsten av hyppig inntak varierer mellom bydelene, med høyere andeler i bydeler som Bjerke, Grorud, Alna, Stovner og Grünerløkka, mens de laveste andelenes finnes i bydeler som Ullern, Vestre Aker og Frogner. Disse forskjellene kan reflektere variasjoner i kostholdsvaner, sosioøkonomiske forhold og kulturelle faktorer. Når tallene justeres for alder, kjønn og utdanningsnivå, reduseres noen av forskjellene mellom bydeler, noe som tyder på at en del av variasjonen kan forklares av ulik befolkningssammensetning.

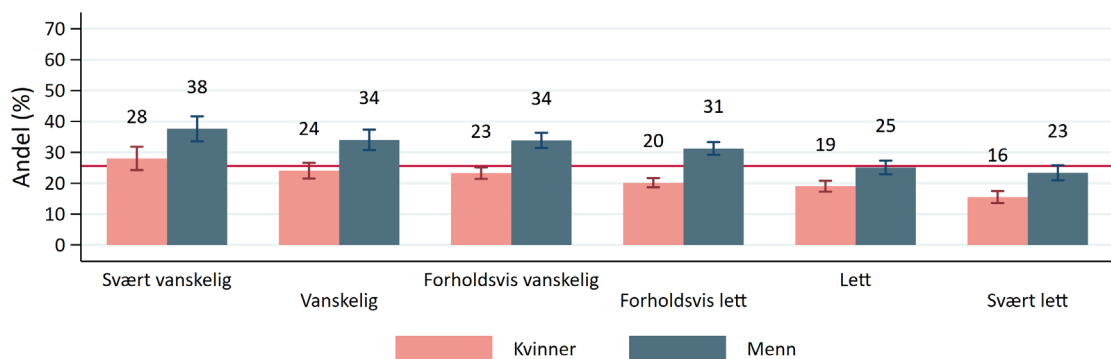
Figur B) viser andelen personer som rapporterer å drikke sukkerholdig brus eller leskedrikk 2–3 ganger per uke eller oftere, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Generelt er forekomsten av hyppig inntak høyere blant menn enn kvinner, men kjønnsforskjellen varierer på tvers av utdanningsnivåer. For begge kjønn er andelen høyest blant dem med grunnskoleutdanning og synker gradvis med økende utdanningsnivå. I gruppen med grunnskoleutdanning er det mindre forskjeller mellom menn og kvinner (dvs overlappende konfidensintervaller), mens menn

rapporterer høyere forekomst enn kvinner i alle andre utdanningsgrupper. Disse funnene samsvarer med tidligere studier som viser at personer med lavere utdanning oftere har et høyere inntak av sukkerholdige drikker, noe som kan henge sammen med kostholdsvaner og sosioøkonomiske faktorer.

Figur 18 forts.: Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



C) Aldersgruppe



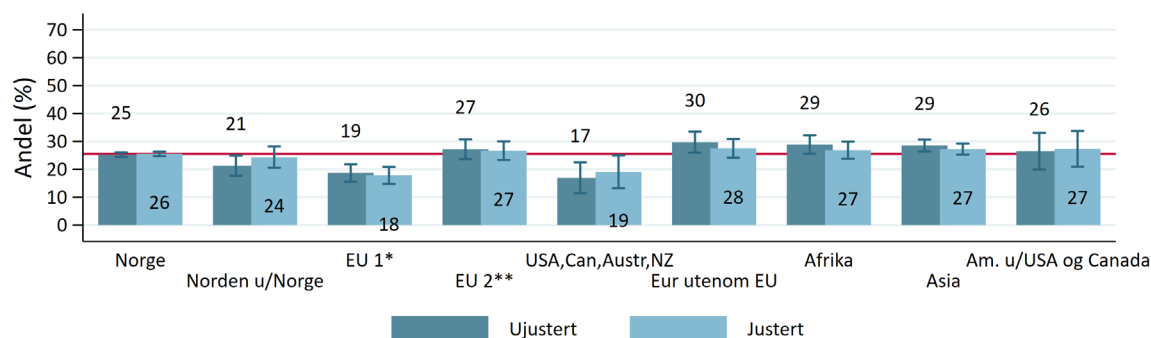
D) Vurdering av husholdningsøkonomien

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

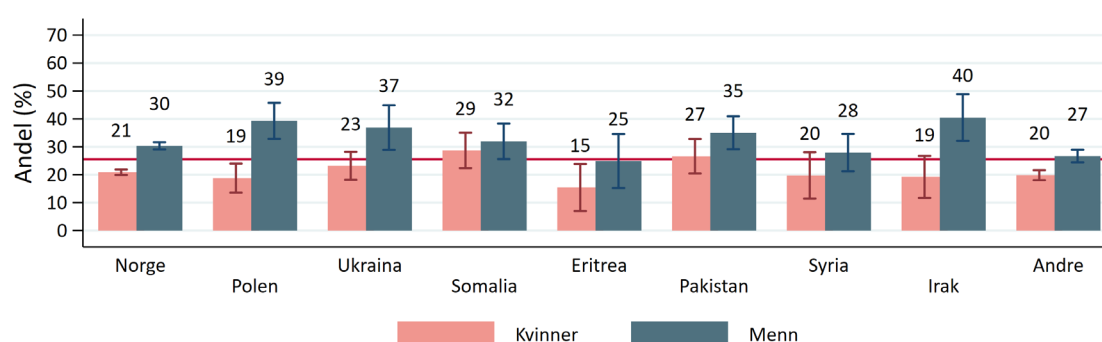
Figur C) viser andelen personer som rapporterer å drikke sukkerholdig brus eller leskedrikk 2–3 ganger per uke eller oftere, fordelt på kjønn og alder. For begge kjønn er andelen høyest i aldersgruppen 18–29 år og avtar gradvis med økende alder. Nedgangen er relativt jevn gjennom aldersgruppene, både for menn og kvinner. Menn har gjennomgående en høyere forekomst av hyppig inntak enn kvinner i de fleste aldersgrupper, men i gruppen 80 år og eldre er det ingen tydelig kjønnsforskjell. Disse funnene kan gjenspeile både generasjonsforskjeller i kostholdsvaner og en generell reduksjon i sukkerholdig drikkekonsum med økende alder.

Figur D) viser andelen personer som drikker sukkerholdig brus eller leskedrikk 2–3 ganger i uken eller oftere, og hvordan denne varierer med husholdningsøkonomi. Generelt er forbruket høyere blant de med svakere økonomi og avtar gradvis i gruppene som oppgir å ha en lettere økonomisk situasjon. Forskjellen mellom kjønnene er gjennomgående til stede i alle økonomiske grupper, der menn rapporterer høyere inntak enn kvinner.

Figur 18 forts: Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).



E) Fødelandsgruppe



F) Utvalgte fødeland og kjønn, aldersjustert

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
 *EU/EFTA frem til 2004 u/Norden
 **Nye EU-land etter 2004

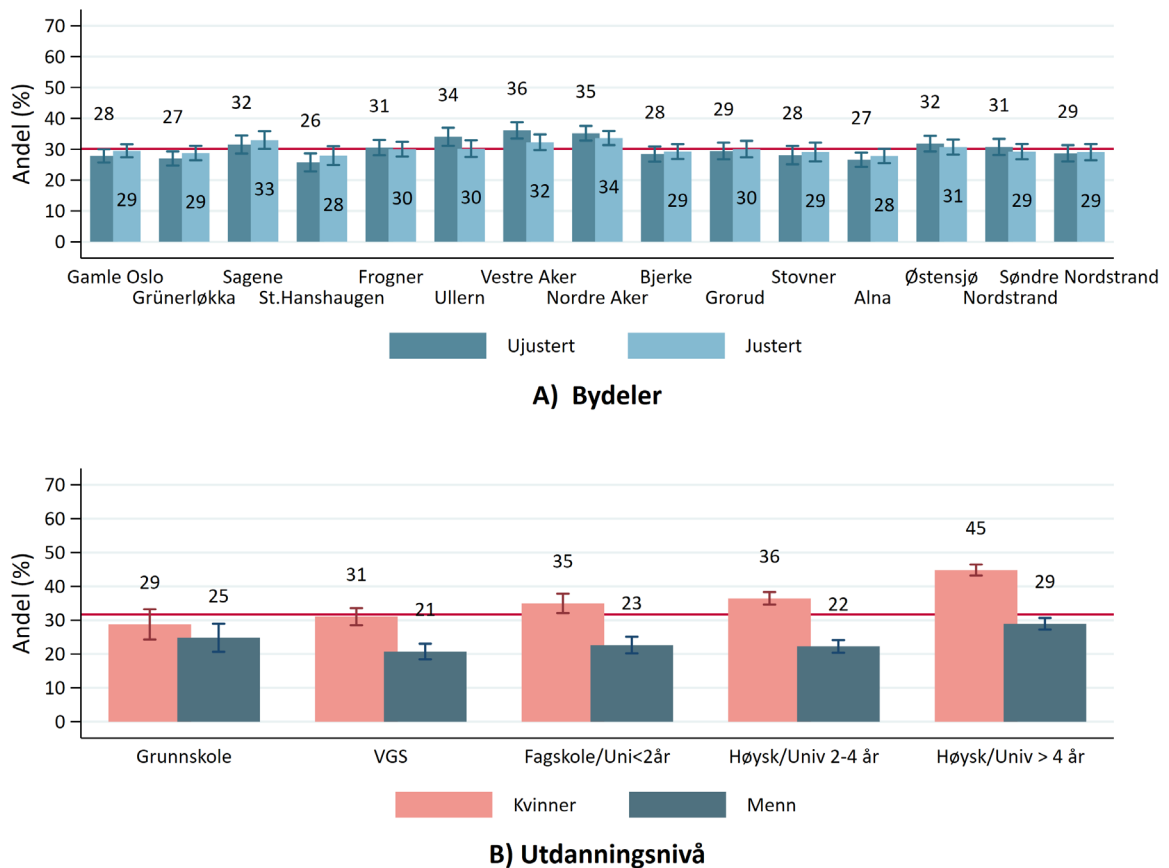
Figur E) viser andelen som rapporterer et hyppig inntak av sukkerholdig brus eller leskedrikk, fordelt på fødelandsgruppe, justert for kjønn og alder. Andelen er lavest blant personer født i USA, Canada, Australia og New Zealand, samt i de tidlige EU-landene, mens den er høyest blant dem med bakgrunn fra Europa utenfor EU, Afrika og Asia. Etter justering for kjønn og alder forblir de samme forskjellene.

Figur F) viser andelen som rapporterer et hyppig inntak av sukkerholdig brus eller leskedrikk, fordelt på kjønn og utvalgte fødeland. Blant kvinnene er andelen forholdsvis lik på tvers av gruppene, men noe høyere blant dem med bakgrunn fra Somalia og Pakistan. Blant menn ser vi tydeligere forskjeller, der menn fra Irak, Polen og Pakistan har høyest andel, mens menn med norsk bakgrunn, fra Eritrea og fra "Andre" kategorien, ligger lavere i sammenligning. Kjønnforskjellen er særlig markant i enkelte grupper, hvor menn generelt har et høyere konsum enn kvinner. Dette kan tyde på at både kulturelle vaner og kjønn spiller en rolle i inntaket av sukkerholdige drikker.

3.20 Daglig inntak av frukt eller bær

Totalt 22699 deltakere av 22864 (99,3 % spørsmålet kun gitt halve utvalget) hadde gyldig svar på Daglig inntak av frukt eller bær. Andelen for hele utvalget var **30,1 %** (KI95%: 29,4-30,8). Andelen for kvinner var 36,5 % (n=12635; KI95%: 35,5-37,4) og andelen for menn var 23,7 % (n=10064; KI95%: 22,7-24,6).

Figur 19: Daglig inntak av frukt eller bær etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).

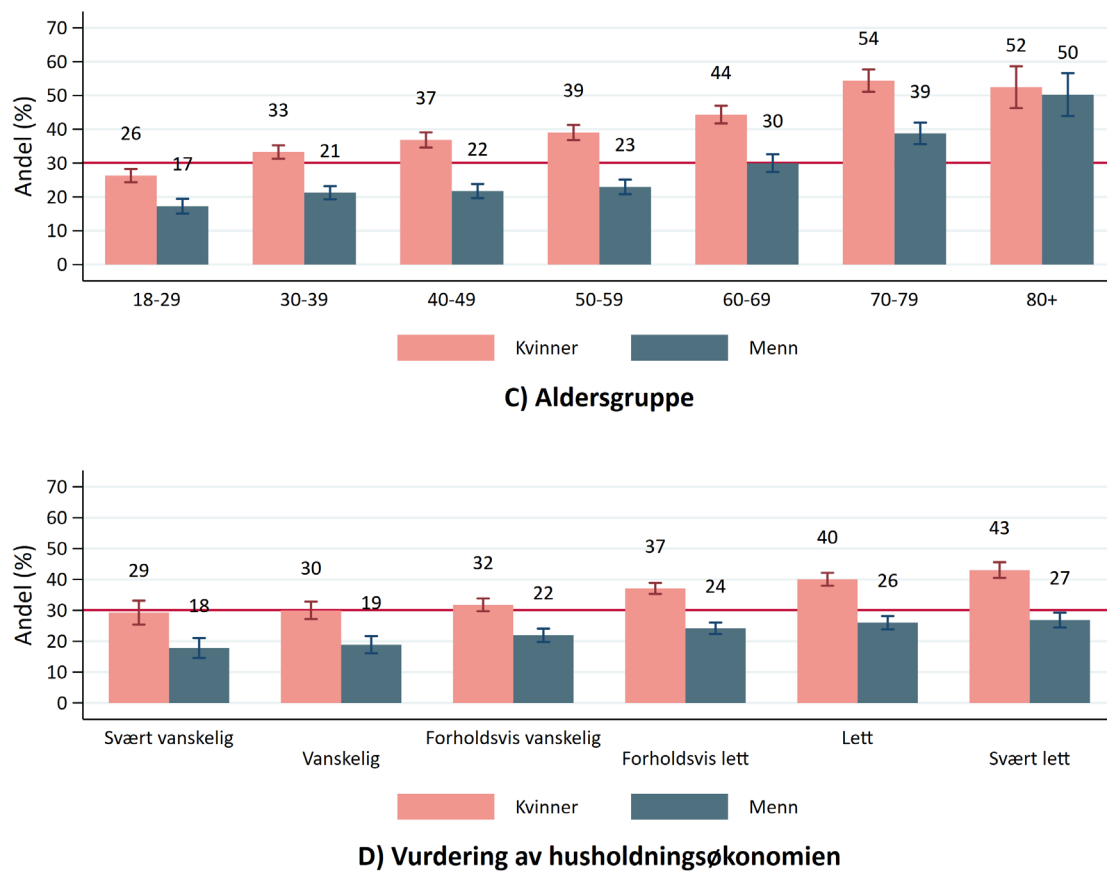


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser andelen som rapporterer daglig inntak av frukt eller bær fordelt på bydeler i Oslo. Andelen er lavest i Alna og Grünerløkka, og høyest i Vestre Aker og Nordre Aker. Ullern ligger også over gjennomsnittet, mens bydelene i øst generelt har lavere andeler enn bydelene i vest. Forskjellen mellom bydelene med høyest og lavest andel er betydelig, og konfidensintervallene viser at disse forskjellene er statistisk signifikante. Justerte tall viser et noe jevnere mønster, men hovedtendensene vedvarer.

Figur B) viser andelen som rapporterer daglig inntak av frukt eller bær fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Kvinner rapporterer gjennomgående høyere andel daglig inntak av frukt eller bær sammenlignet med menn, men forskjellene varierer mellom utdanningsnivåene. For kvinner øker andelen med stigende utdanningsnivå, der andelen er høyest blant de med høyskole- eller universitetsutdanning på mer enn fire år, mens den er lavest blant de med grunnskoleutdanning. Blant menn er andelen også høyest i gruppen med lengst utdanning, men forskjellene mellom utdanningsgruppene er mindre markerte enn blant kvinner.

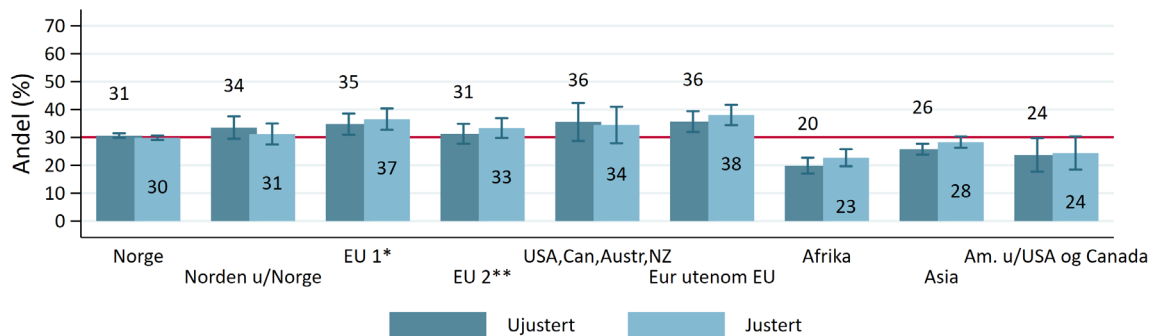
Figur 19 forts.: Daglig inntak av frukt eller bær etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



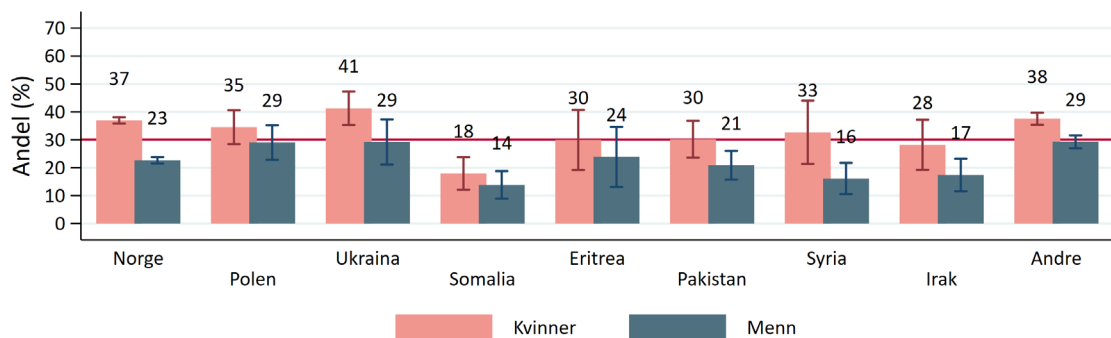
Figur C) viser andelen som rapporterer daglig inntak av frukt eller bær fordelt på kjønn og aldersgrupper. For begge kjønn øker andelen med stigende alder. Kvinner rapporterer høyere andel daglig inntak av frukt eller bær enn menn i de fleste aldersgrupper, med unntak av den eldste (80+), der forskjellen mellom kjønnene ikke er signifikant. Blant kvinner er andelen lavest i aldersgruppen 18-29 år og høyest i aldersgruppen 70-79 år, før den jevner seg ut for gruppen 80+. Blant menn er andelen også lavest i den yngste aldersgruppen og høyest blant de over 80 år. For menn er andelen relativt stabil frem til 50-59 år, før den begynner å øke.

Figur D) viser andelen som rapporterer daglig inntak av frukt eller bær fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For begge kjønn øker andelen med økende økonomisk trygghet, og kvinner rapporterer høyere andel enn menn i alle økonomiske kategorier.

Figur 19 forts: Daglig inntak av frukt eller bær etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).



E) Fødelandsgruppe



F) Utvalgte fødeland og kjønn, aldersjustert

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
 *EU/EFTA frem til 2004 u/Norden
 **Nye EU-land etter 2004

Figur E) viser andelen som oppgir å spise frukt eller bær daglig, fordelt på fødelandsgruppe, både før og etter justering for alder og kjønn. Andelen er høyest blant personer født i Europa utenfor EU og de tidlige EU-landene, samt i USA, Canada, Australia og New Zealand. Lavest er andelen blant personer født i Afrika, Asia og Latin-Amerika (Amerika utenom USA og Canada). Etter justering består hovedmønsteret. Dette indikerer at fruktinntak varierer mellom ulike fødelandsgrupper, og at forskjellene ikke kun skyldes demografiske faktorer.

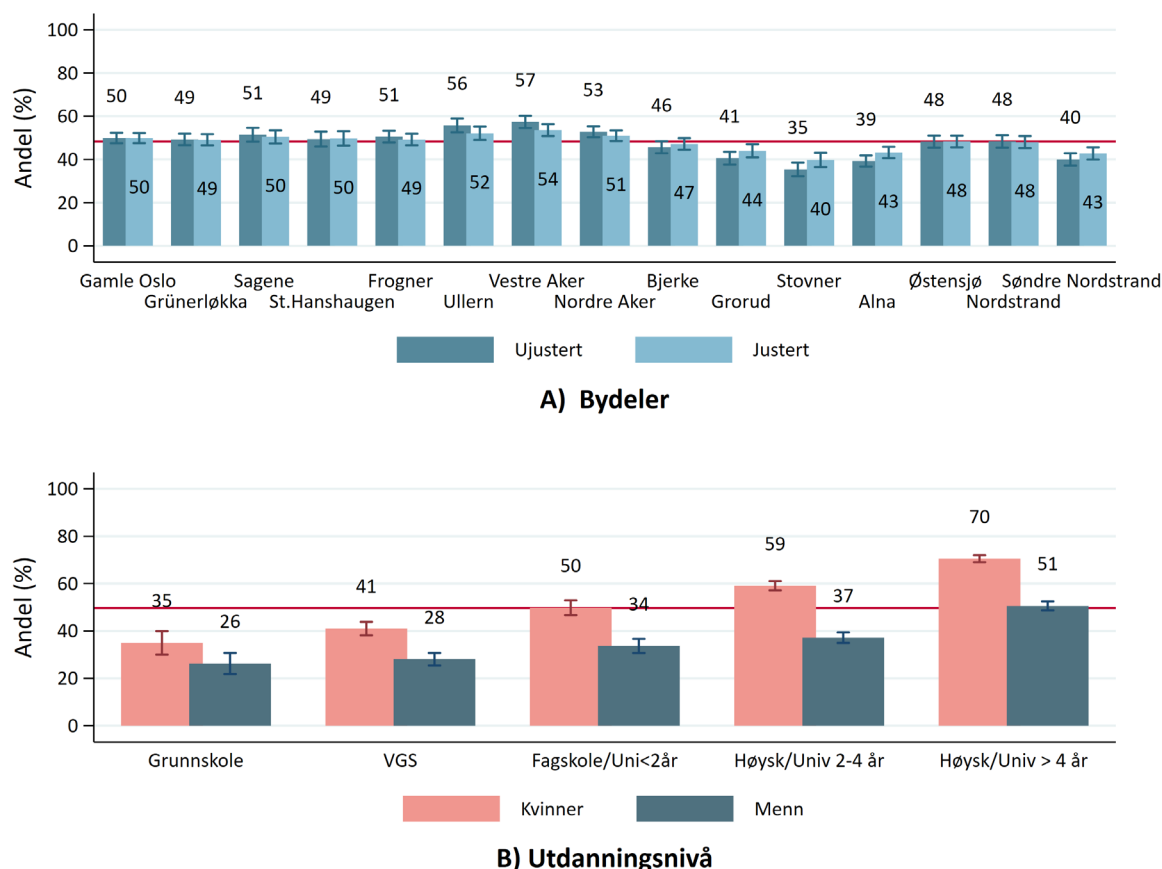
Figur F) viser andelen som oppgir å spise frukt eller bær daglig, fordelt på kjønn og utvalgte fødeland. Blant kvinnene er andelen høyest for dem med bakgrunn fra Ukraina (rundt 41 %), tett fulgt av gruppen «Andre» og deretter Norge. Lavest andel blant kvinnene finnes hos dem med bakgrunn fra Somalia (om lag 19 %). For menn er andelen høyest blant dem med bakgrunn fra «Andre», Ukraina og Polen (rundt 29 %), mens de laveste andelenes ses blant dem med bakgrunn fra Somalia (cirka 14 %), Syria og Irak. Generelt har kvinnene en høyere andel daglig fruktinntak enn menn i de fleste fødelandsgrupper.

3.21 Daglig inntak av grønnsaker

Totalt 22712 deltakere av 22864 (99,3 % spørsmålet kun gitt halve utvalget) hadde gyldig svar på Daglig inntak av grønnsaker. Andelen for hele utvalget var **48,3 %** (KI95%: 47,6-49,1).

Andelen for kvinner var 57,7 % (n=12641; KI95%: 56,7-58,7) og andelen for menn var 38,8 % (n=10071; KI95%: 37,7-39,9).

Figur 20: Daglig inntak av grønnsaker etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).

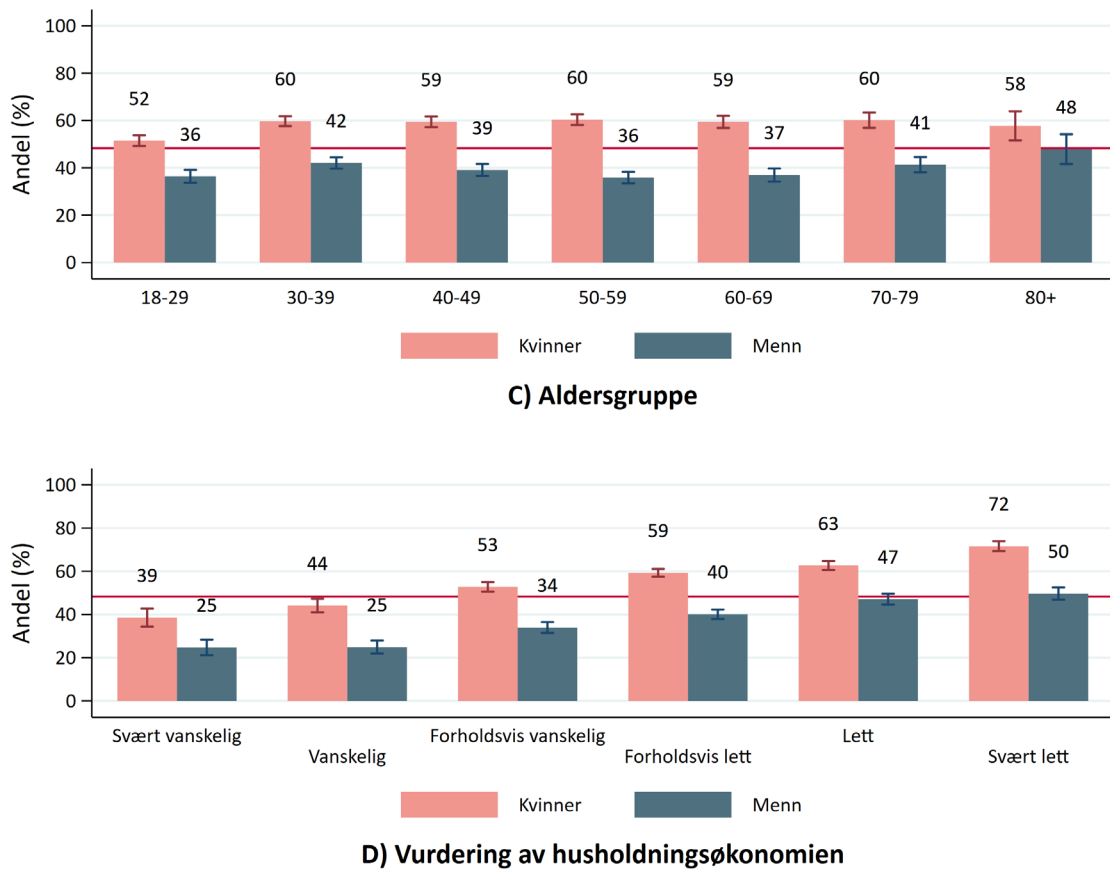


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser andelen som rapporterer daglig inntak av grønnsaker fordelt på bydeler i Oslo. Andelen varierer mellom bydelene, med de høyeste nivåene i Vestre Aker og Ullern, og de laveste i Stovner og Alna. Justerte tall viser et lignende mønster som de ujusterte, noe som tyder på at forskjellene i hovedsak ikke kan forklares av forskjeller i kjønn, alder og utdanningsnivå.

Figur B) viser andelen som rapporterer daglig inntak av grønnsaker fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Andelen øker med høyere utdanning for både kvinner og menn. Blant dem med grunnskoleutdanning er forskjellen mellom kjønnene ikke nødvendigvis signifikant, men fra og med videregående skole er det tydelige kjønnsforskjeller, der kvinner oftere rapporterer daglig grønnsaksinntak enn menn.

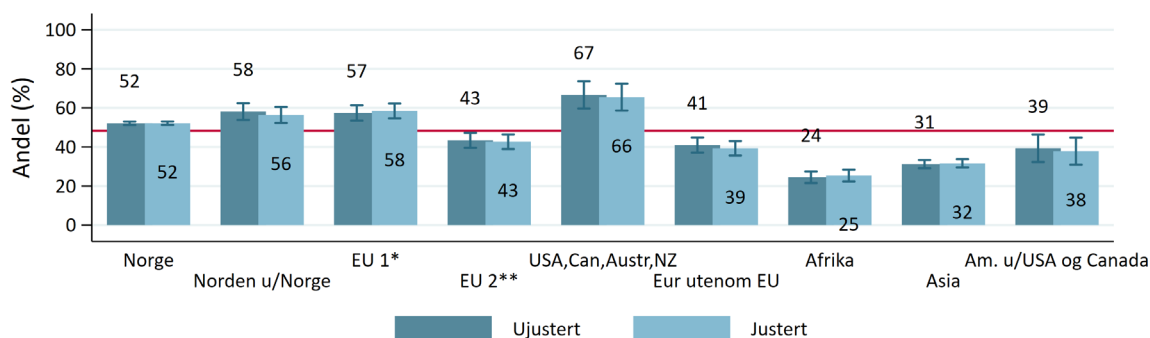
Figur 20 forts.: Daglig inntak av grønnsaker etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



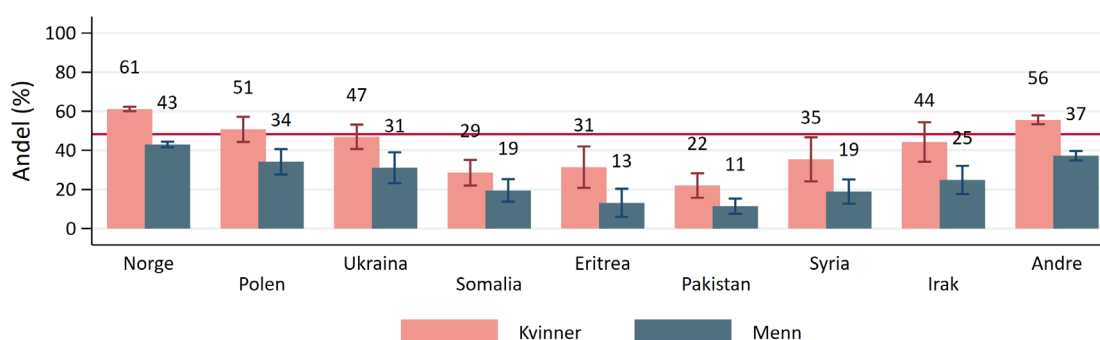
Figur C) viser andelen som rapporterer daglig inntak av grønnsaker fordelt på kjønn og alder. Blant kvinner er andelen lavest i den yngste aldersgruppen (18-29 år), deretter øker den noe og holder seg relativt stabil gjennom livet. For menn er andelen også relativt jevn på tvers av aldersgruppene, med en mulig indikasjon på en økning i den eldste aldersgruppen (80+ år). Kvinner har gjennomgående høyere andeler enn menn i alle aldersgrupper, og konfidensintervallene viser signifikante kjønnsforskjeller i alle aldersgrupper unntatt den eldste (80+ år), der konfidensintervallene overlapper.

Figur D) viser andelen som rapporterer daglig inntak av grønnsaker fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Andelen øker med bedre økonomisk situasjon for både kvinner og menn. Kvinner har gjennomgående høyere andeler enn menn i alle økonomiske grupper, og forskjellene er signifikante i alle gruppene. Blant dem som oppgir at husholdningsøkonomien er svært vanskelig, er andelen lavest, mens den øker gradvis med bedre økonomisk situasjon og er høyest blant dem som rapporterer at økonomien er svært lett. For eksempel er andelen med daglig grønnsaksinntak dobbelt så høy blant menn i gruppen med svært lett økonomi sammenlignet med de som oppgir at økonomien er svært vanskelig.

Figur 20 forts: Daglig inntak av grønnsaker etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).



E) Fødelandsgruppe



F) Utvalgte fødeland og kjønn, aldersjustert

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
 *EU/EFTA frem til 2004 u/Norden
 **Nye EU-land etter 2004

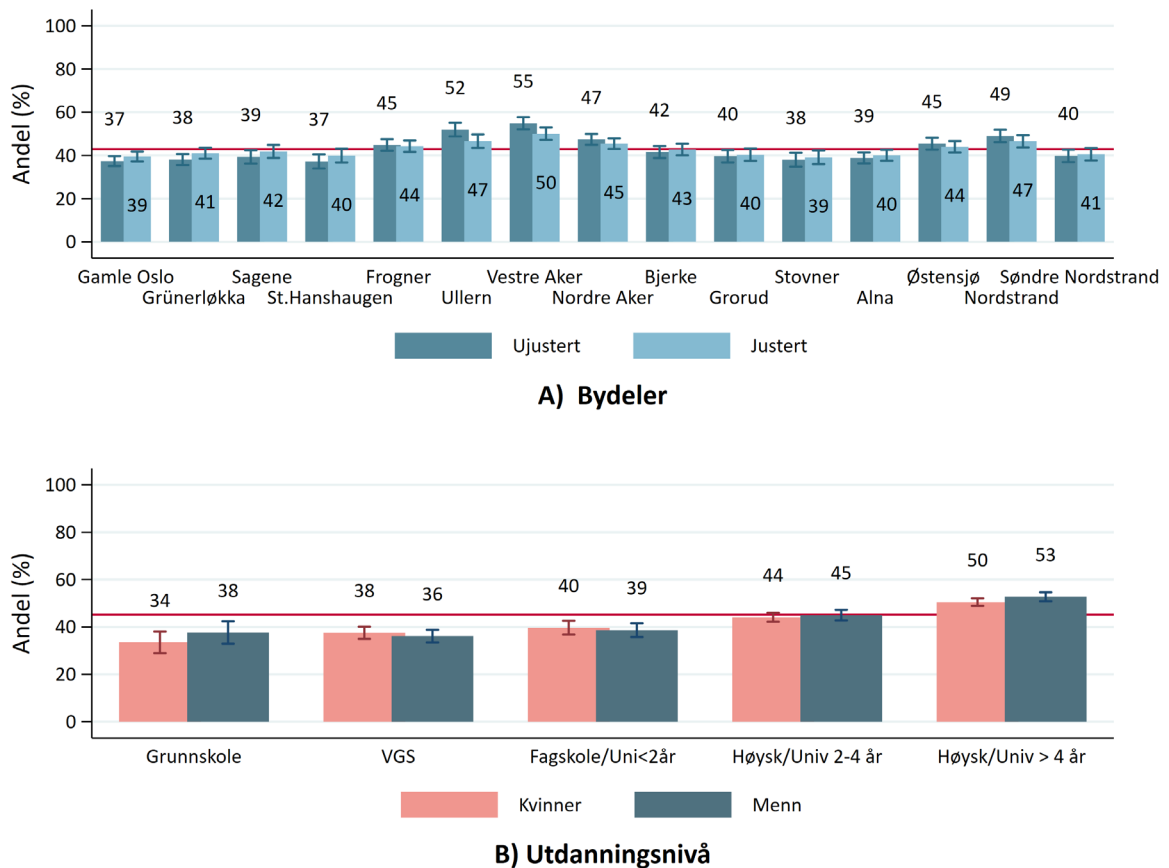
Figur E) viser andelen som oppgir å spise grønnsaker daglig, fordelt på fødelandsgruppe før og etter justering for alder og kjønn. I begge tilfeller er andelen høyest blant personer født i USA, Canada, Australia eller New Zealand (67 % ujustert, 66 % justert), samt blant dem fra de tidlige EU-landene og Norden utenom Norge (rundt 57–58 %). Lavest andel finner vi blant dem med bakgrunn fra Afrika (24–25 %) og Asia (31–32 %). Andelen for Norge ligger på rundt 52 % både før og etter justering. Justeringen endrer altså noen av nivåene, men hovedmønsteret består: grupper fra engelskspråklige land utenfor Europa og fra de tidlige EU-landene rapporterer oftest et daglig inntak av grønnsaker, mens personer fra Afrika og Asia ligger klart lavere.

Figur F) viser andelen som oppgir å spise grønnsaker daglig, fordelt på kjønn og utvalgte fødeland. Blant kvinnene er andelen generelt høyest blant dem med norsk bakgrunn og i kategorien «Andre», mens den er lavest blant dem med bakgrunn fra blant annet Pakistan, Eritrea og Somalia. Blant menn finner vi de høyeste andelenene i gruppene «Norge» og «Andre», og de klart laveste blant dem fra land som Pakistan og Eritrea. Forskjellen mellom kvinner og menn er tydelig i de fleste fødelandsgruppene, noe som understreker at både kjønn og opprinnelsesland er av betydning for hyppigheten av daglig grønnsaksinntak.

3.22 Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere

Totalt 22691 deltakere av 22864 (99,2% spørsmålet kun gitt halve utvalget) hadde gyldig svar på Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere. Andelen for hele utvalget var **42,9 %** (KI95%: 42,1-43,6). Andelen for kvinner var 42,7 % (n=12623; KI95%: 41,7-43,7) og andelen for menn var 43,0 % (n=10068; KI95%: 41,9-44,2).

Figur 21: Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).



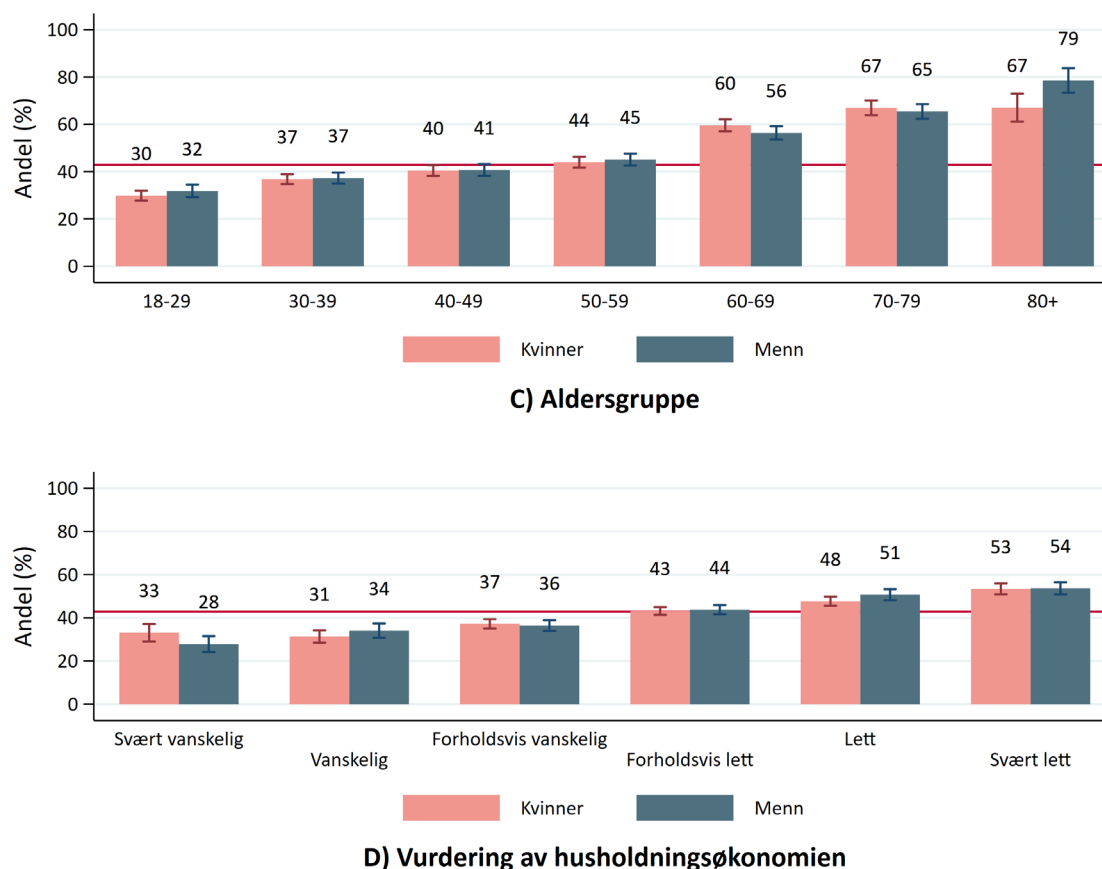
Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser andelen som rapporterer å spise fisk 2-3 ganger i uken eller oftere, fordelt på bydeler i Oslo. Resultatene viser tydelige geografiske forskjeller i fiskekonsum. De høyeste andelenene av hyppig fiskinntak finnes i bydelene Vestre Aker og Ullern, mens de laveste andelenene rapporteres i Gamle Oslo og St.Hanshaugen. Det er en tydelig geografisk variasjon i fiskekonsum, med høyere andel hyppig fiskinntak i vestlige bydeler sammenlignet med østlige bydeler.

Figur B) viser andelen som rapporterer å spise fisk 2-3 ganger i uken eller oftere, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Resultatene viser at andelen med hyppig fiskinntak øker systematisk med høyere utdanningsnivå for både kvinner og menn. De med høyere utdanning (> 4 år) har den høyeste andelen, mens de med grunnskole har den laveste andelen. Det er ingen systematiske kjønnsforskjeller på tvers av alle utdanningsnivåer, og forskjellene mellom kvinner og menn er små og ikke statistisk signifikante i noen av gruppene. Forskjellene mellom utdanningsnivåene er derimot tydelige, spesielt mellom gruppene med høyere utdanning.

Dette indikerer at utdanningsnivå har en sammenheng med hyppigheten av fiskinntak, men at kjønn ikke spiller en betydelig rolle i disse forskjellene.

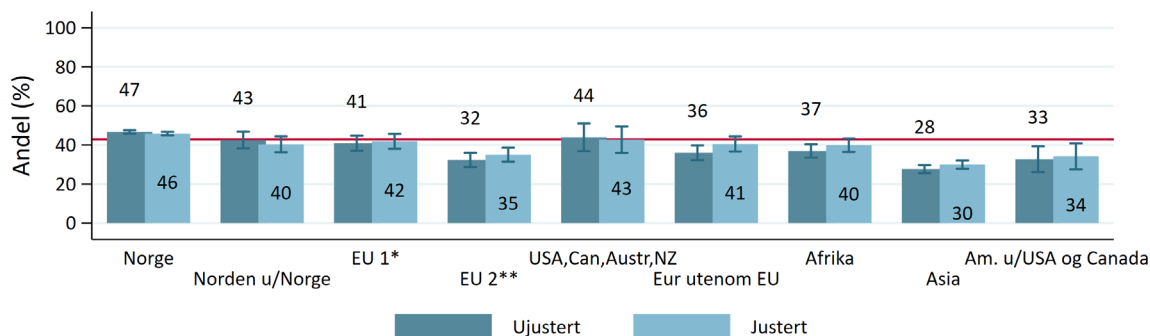
Figur 21 forts.: Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



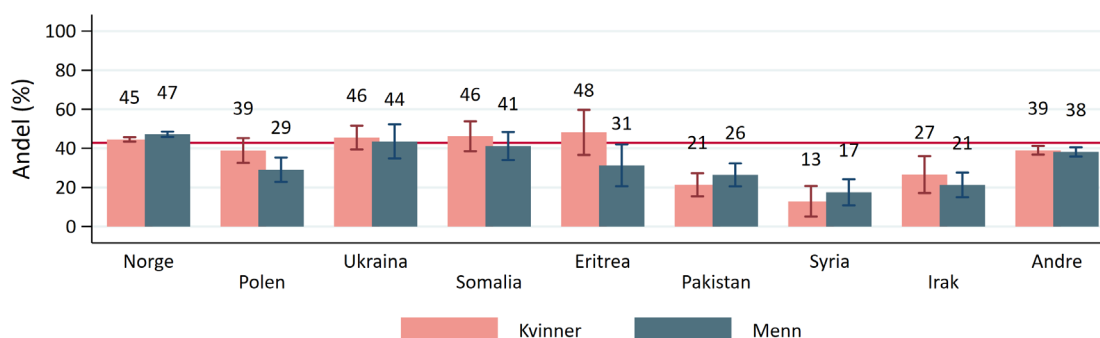
Figur C) viser andelen som rapporterer å spise fisk 2-3 ganger i uken eller oftere, fordelt på kjønn og alder. Resultatene viser at andelen med hyppig fiskinntak øker systematisk med økende alder for både kvinner og menn. Den laveste andelen finnes blant de yngste (18-29 år), mens den høyeste andelen rapporteres av de eldste (80+). Forskjellen mellom de yngste og eldste aldersgruppene er markant, spesielt blant menn. For begge kjønn er andelen blant de eldste mer enn dobbelt så høy som blant de yngste. Det er ingen statistisk signifikante kjønnsforskjeller i aldersgruppene 18-79 år, mens menn har høyere andeler enn kvinner i aldersgruppen 80+. Resultatene indikerer at alder har en tydelig innvirkning på hyppigheten av fiskinntak, med en tendens til økt konsum blant eldre.

Figur D) viser andelen som rapporterer å spise fisk 2-3 ganger i uken eller oftere, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Resultatene viser at andelen med hyppig fiskinntak øker systematisk med økende økonomisk trygghet for både kvinner og menn. De som opplever økonomien som «svært vanskelig» har den laveste andelen, mens de som opplever økonomien som «svært lett» har den høyeste andelen. Forskjellene mellom de økonomiske kategoriene er tydelige for begge kjønn, men det er ingen statistisk signifikante kjønnsforskjeller i noen av gruppene, da konfidensintervallene i stor grad overlapper. Dette indikerer at økonomisk trygghet har en tydelig sammenheng med hyppig fiskinntak, men at kjønnsforskjellene er ubetydelige på tvers av de økonomiske kategoriene.

Figur 21 forts: Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).



E) Fødelandsgruppe



F) Utvalgte fødeland og kjønn, aldersjustert

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
 *EU/EFTA frem til 2004 u/Norden
 **Nye EU-land etter 2004

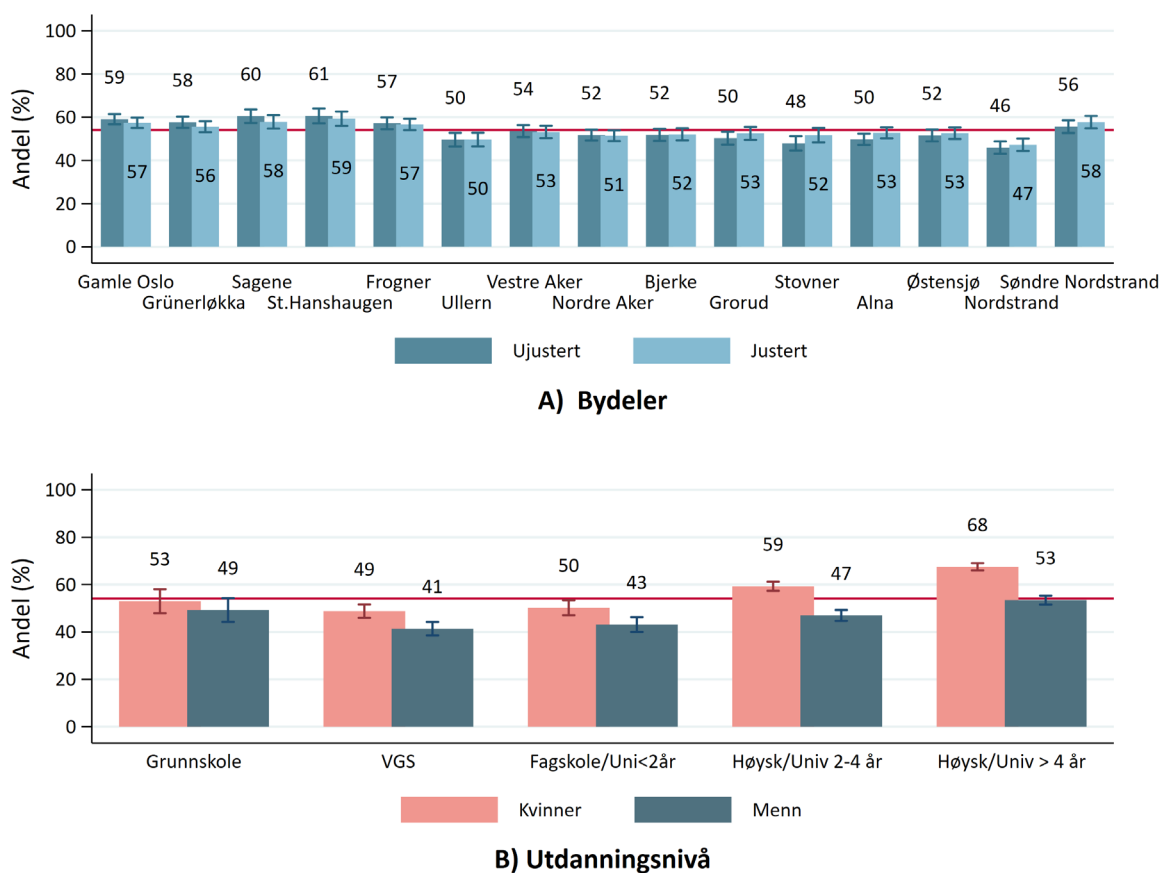
Figur E) viser andelen som oppgir å spise fisk 2-3 ganger i uken eller oftere, fordelt på fødelandsgruppe, både før og etter justering for alder og kjønn. Andelen er høyest blant personer født i Norge, mens den er lavere blant personer født i Asia, Afrika og de nyere EU-landene etter 2004. Etter justering for bakgrunnsvariabler reduseres forskjellene noe, men hovedmønsteret består. Dette indikerer at fiskekonsum varierer mellom ulike fødelandsgrupper, og at forskjellene ikke utelukkende kan forklares av demografiske faktorer.

Figur F) viser andelen som oppgir å spise fisk 2-3 ganger i uken eller oftere, fordelt på kjønn og utvalgte fødeland. Blant både menn og kvinner er andelen høyest blant personer født i Norge, mens den er lavere blant personer født i flere av de andre landene. Blant kvinner er andelen høyest for dem med bakgrunn fra Eritrea, Somalia og Ukraina, mens den er lavest blant dem med bakgrunn fra Syria og Pakistan. For menn er andelen også lavest blant personer med bakgrunn fra Syria, Pakistan og Irak, mens de med norsk bakgrunn har det høyeste fiskekonsumet. Forskjellene mellom kjønnene varierer mellom fødelandsgruppene, men i flere tilfeller har kvinner en noe høyere andel enn menn. Disse funnene viser at fiskekonsum varierer betydelig etter fødeland og kjønn.

3.23 Vegetarmiddag 1 gang per uke eller oftere

Totalt 22697 deltakere av 22864 (99,3 % spørsmålet kun gitt halve utvalget) hadde gyldig svar på Vegetarmiddag 1 gang per uke eller oftere. Andelen for hele utvalget var **54,1 %** (KI95%: 53,3-54,8). Andelen for kvinner var 60,7 % (n=12621; KI95%: 59,8-61,7) og andelen for menn var 47,4 % (n=10076; KI95%: 46,2-48,5).

Figur 22: Vegetarmiddag 1 gang per uke eller oftere etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).



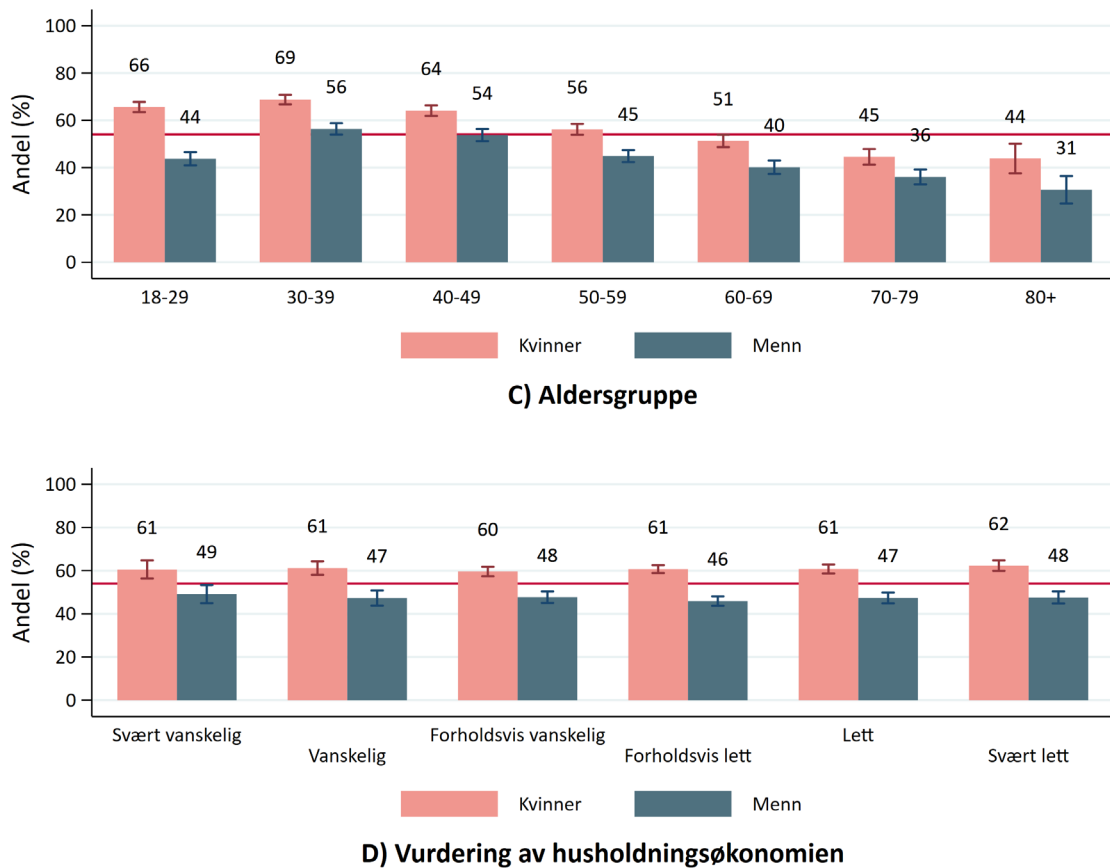
Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser andelen i de ulike bydelene i Oslo som spiser middag uten kjøtt/fisk minst én gang per uke. Det er en tydelig variasjon mellom bydelene, der den laveste andelen finnes i Nordstrand og den høyeste i Sagene og St. Hanshaugen. Konfidensintervallene indikerer at forskjellen mellom de bydelene med høyest og lavest andel er statistisk signifikant. Når det justeres for alder, kjønn og utdanning, er det fortsatt samme mønster med noe høyere andel vegetariske middager i sentrumsnære områder og lavere andel i flere av bydelene lenger vest og sør.

Figur B) viser at andelen som spiser middag uten kjøtt/fisk minst én gang per uke, er høyest blant kvinner med lengre høyere utdanning og øker jevnt med stigende utdanning. For menn er bildet mer ujevnt: Andelen er relativt høy blant dem med grunnskole, lavere blant dem med videregående skole og fagskole, og så øker den igjen i gruppen med lengst utdanning. Konfidensintervallene overlapper imidlertid en del mellom de med grunnskole og de med lang høyere utdanning, så vi kan ikke slå fast at forskjellen er statistisk signifikant. Dette tilsier at

det kan være en tendens til en U-formet sammenheng for menn, men at denne sammenhengen ikke kan bekreftes med sikkerhet ut fra disse dataene.

Figur 22 forts.: Vegetarmiddag 1 gang per uke eller oftere etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

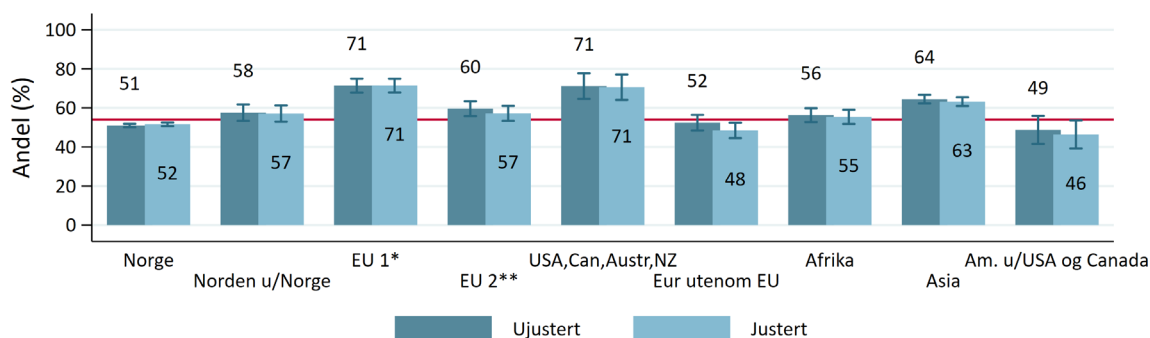


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

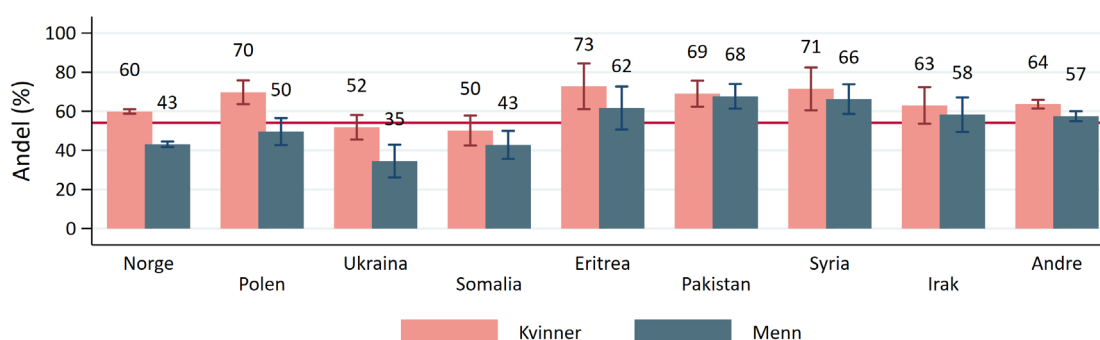
Figur C) viser at kvinner i alle aldersgrupper har en høyere andel som spiser middag uten kjøtt/fisk minst én gang per uke enn menn, og at denne andelen er høyest blant kvinner i 30- og 40-årene (tett fulgt av 18-29-åringene). Blant menn er andelen størst i 30-39- og 40-49-årsalderen, med et markant lavere nivå blant yngre menn (18-29) og en tydelig nedgang fra 50 år og oppover. Fra og med 50-årsalderen faller andelen også gradvis for kvinner, og den er lavest i de eldste aldersgruppene hos begge kjønn.

Figur D) viser andelen som spiser middag uten kjøtt/fisk minst én gang per uke, fordelt på kjønn og hvor lett eller vanskelig deltakerne opplever at husholdningsøkonomien strekker til. Kvinner ligger gjennomgående på et høyere nivå enn menn i alle kategorier, men for begge kjønn er forskjellene mellom gruppene relativt små og konfidensintervallene overlapper. Dette betyr at andelen vegetarisk middag ikke varierer nevneverdig med husholdningsøkonomien, verken for kvinner eller menn.

Figur 22 forts: Vegetarmiddag 1 gang per uke eller oftere etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).



E) Fødelandsgruppe



F) Utvalgte fødeland og kjønn, aldersjustert

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
 *EU/EFTA frem til 2004 u/Norden
 **Nye EU-land etter 2004

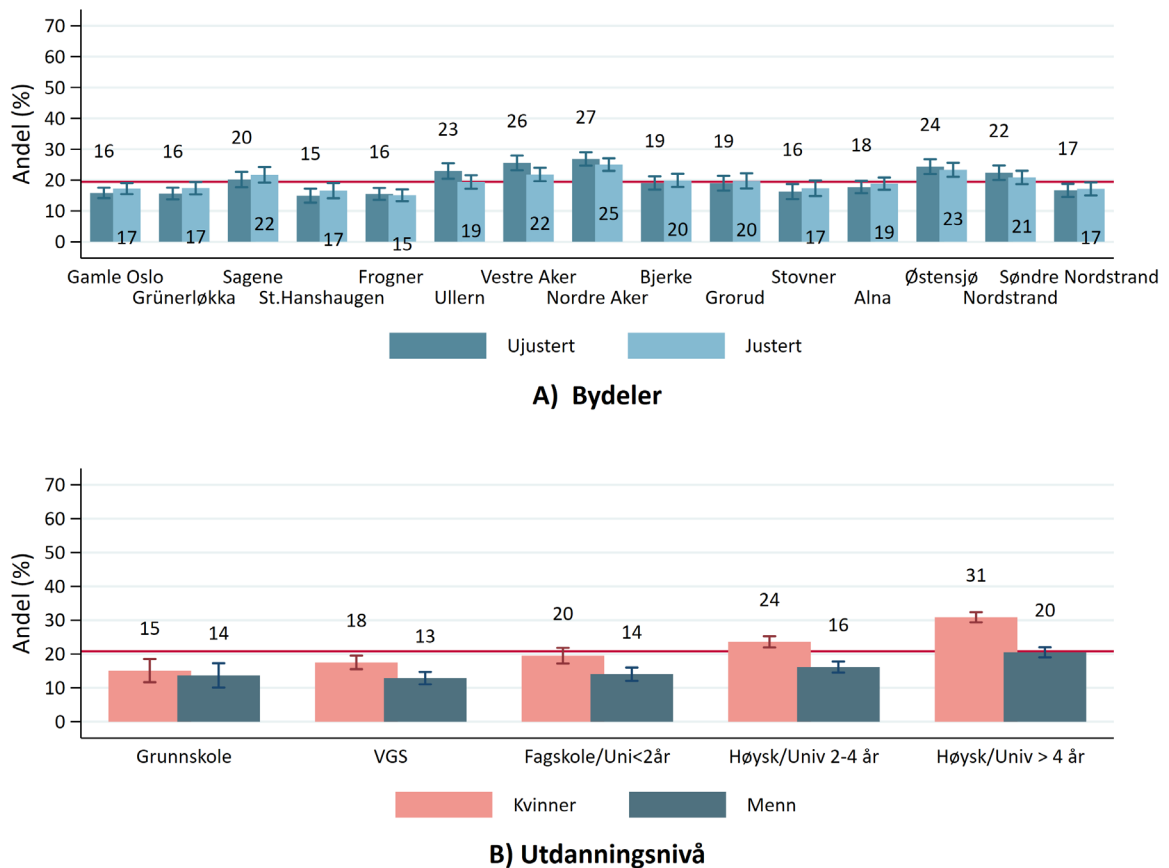
Figur E) viser at andelen som spiser middag uten kjøtt eller fisk minst én gang per uke varierer mellom ulike fødelandsgrupper, og at rangeringen stort sett er den samme før og etter justering for alder og kjønn. Personer fra «EU frem til 04» og «USA, Canada, Australia og New Zealand» ligger høyest, mens de som er født i «Amerika utenom USA og Canada» ligger lavest. De øvrige gruppene fordeler seg imellom disse ytterpunktene, og konfidensintervallene indikerer at noen av forskjellene er statistisk signifikante, særlig mellom gruppene som ligger helt øverst og nederst på skalaen.

Figur F) viser at andelen som spiser middag uten kjøtt/fisk minst én gang per uke varierer tydelig etter kjønn og fødeland. I de fleste landgruppene ligger kvinnene høyere enn mennene, og for kvinner er andelen høyest blant dem fra blant annet Eritrea, Syria og Pakistan. For menn er andelen særlig høy i gruppene fra Pakistan og Syria, mens menn fra Ukraina ligger lavest i utvalget. Norske kvinner ligger på et middels høyt nivå, og menn fra Norge noe lavere. Konfidensintervallene er delvis brede i noen av landgruppene, men forskjellene mellom de høyeste og laveste andelen tyder likevel på at det er statistisk signifikante variasjoner mellom enkelte grupper.

3.24 Inntak av grove kornproduktet flere ganger per dag

Totalt 22617 deltakere av 22864 (98,9 % spørsmålet kun gitt halve utvalget) hadde gyldig svar på Inntak av grove kornproduktet flere ganger per dag. Andelen for hele utvalget var **19,5 %** (KI95%: 18,9-20,0). Andelen for kvinner var 22,8 % (n=12579; KI95%: 22,0-23,7) og andelen for menn var 16,1 % (n=10038; KI95%: 15,3-16,9).

Figur 23: Inntak av grove kornproduktet flere ganger per dag etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).

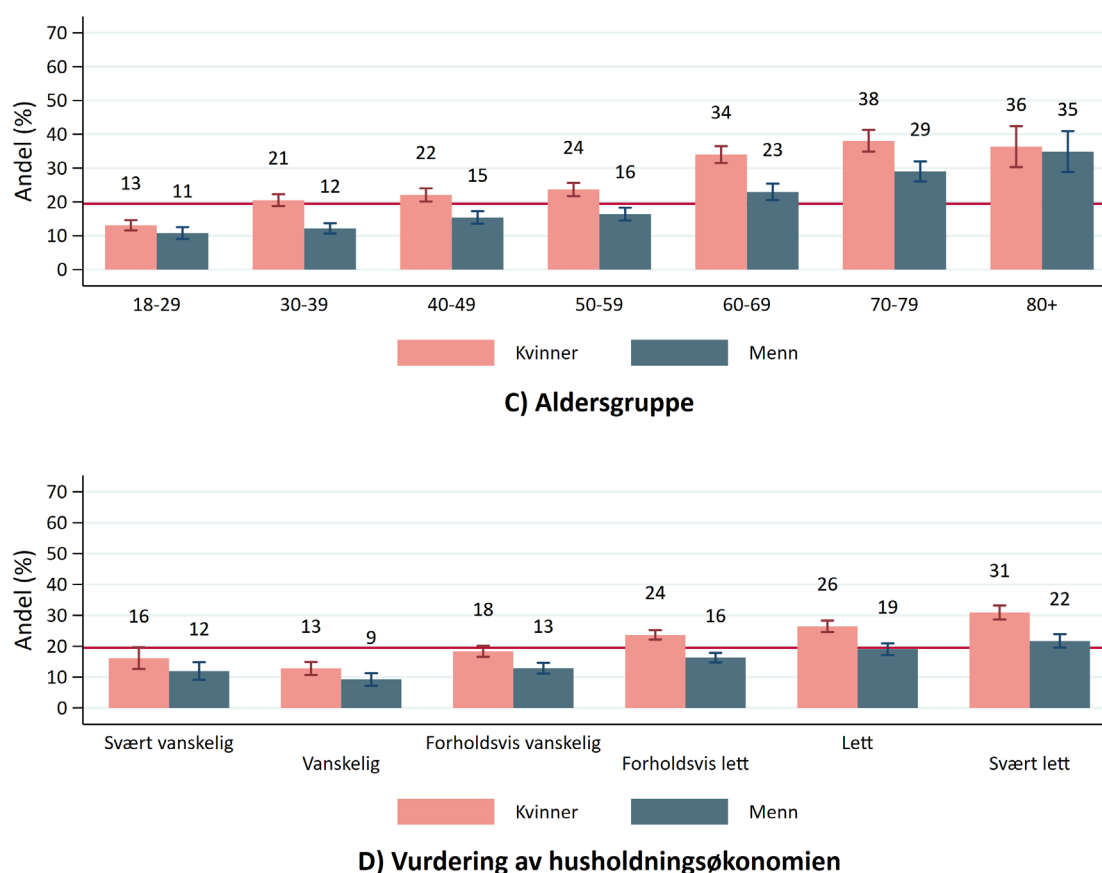


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser at andelen som spiser grove kornprodukter flere ganger daglig, varierer en del mellom bydelene i Oslo, men den generelle rangeringen holder seg omtrent lik før og etter justering for alder, kjønn og utdanning. Andelen er høyest i bydelene nordvest i byen (spesielt Nordre Aker og Vestre Aker), mens den er klart lavere i indre by (f.eks. St. Hanshaugen, Gamle Oslo og Grünerløkka). Østern og Nordstrand ligger nær toppen, og Søndre Nordstrand, Stovner og Frogner blant de lavere bydelene. Forskjellene er på rundt ti prosentpoeng mellom høyeste og laveste estimater, og konfidensintervallene tyder på at flere av forskjellene er statistisk signifikante.

Figur B) viser at andelen som spiser grove kornprodukter flere ganger daglig øker med stigende utdanningsnivå for både kvinner og menn, men økningen er klart brattere blant kvinnene. Kvinner med lang høyere utdanning ligger på et vesentlig høyere nivå enn kvinner med grunnskole, mens forskjellen mellom menn på laveste og høyeste utdanningsnivå er mindre. Til tross for noe overlapp i konfidensintervallene, antyder figuren at det er en betydelig kjønnsforskjell, særlig i gruppene med lengst utdanning.

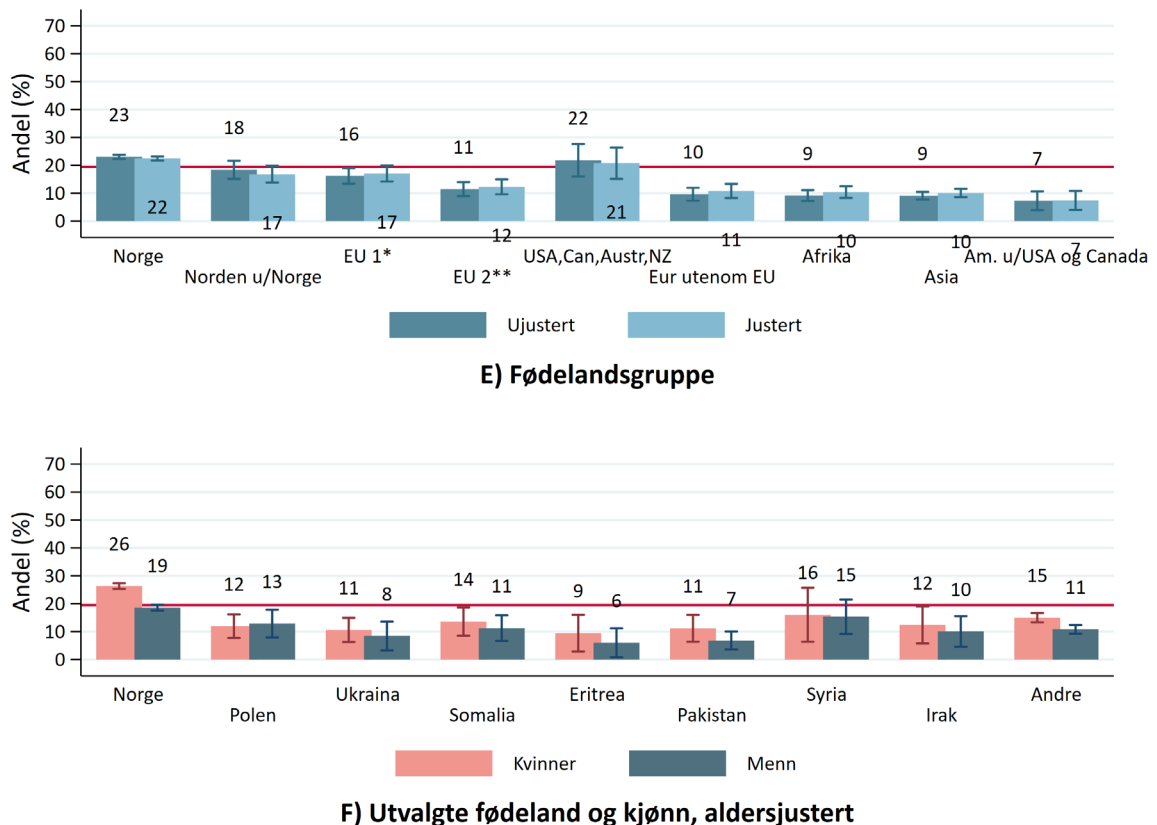
Figur 23 forts.: Inntak av grove kornproduktet flere ganger per dag etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Figur C) viser at andelen som spiser grove kornprodukter flere ganger daglig øker med stigende alder både blant kvinner og menn, spesielt etter 50-årsalderen. Kvinner ligger gjennomgående høyere enn menn i alle aldersgrupper, men gapet mellom kjønnene blir borte i den eldste aldersgruppen. Blant de yngste (18-29 år) er andelen lavest, mens nivået er høyest i 70-79- (for kvinner) og 80+-gruppen (for menn). Konfidensintervallene er bredere i de eldste gruppene, men forskjellene er likevel tilstrekkelig tydelige til å indikere at flere av de aldersrelaterte økningene er statistisk signifikante.

Figur D) viser at andelen som spiser grove kornprodukter flere ganger daglig øker i takt med hvor enkelt man synes det er å få husholdningsøkonomien til å strekke til, og mønsteret gjelder for både kvinner og menn. Samtidig er nivåene noe høyere blant kvinner enn menn i alle kategorier, og forskjellen mellom kjønnene blir mest markant i gruppen som oppgir at det er svært lett å få pengene til å strekke til. Konfidensintervallene antyder at en del av forskjellene er statistisk signifikante, særlig mellom dem som synes det er vanskelig og dem som synes det er lett å få økonomien til å gå opp.

Figur 23 forts: Inntak av grove kornproduktet flere ganger per dag etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).



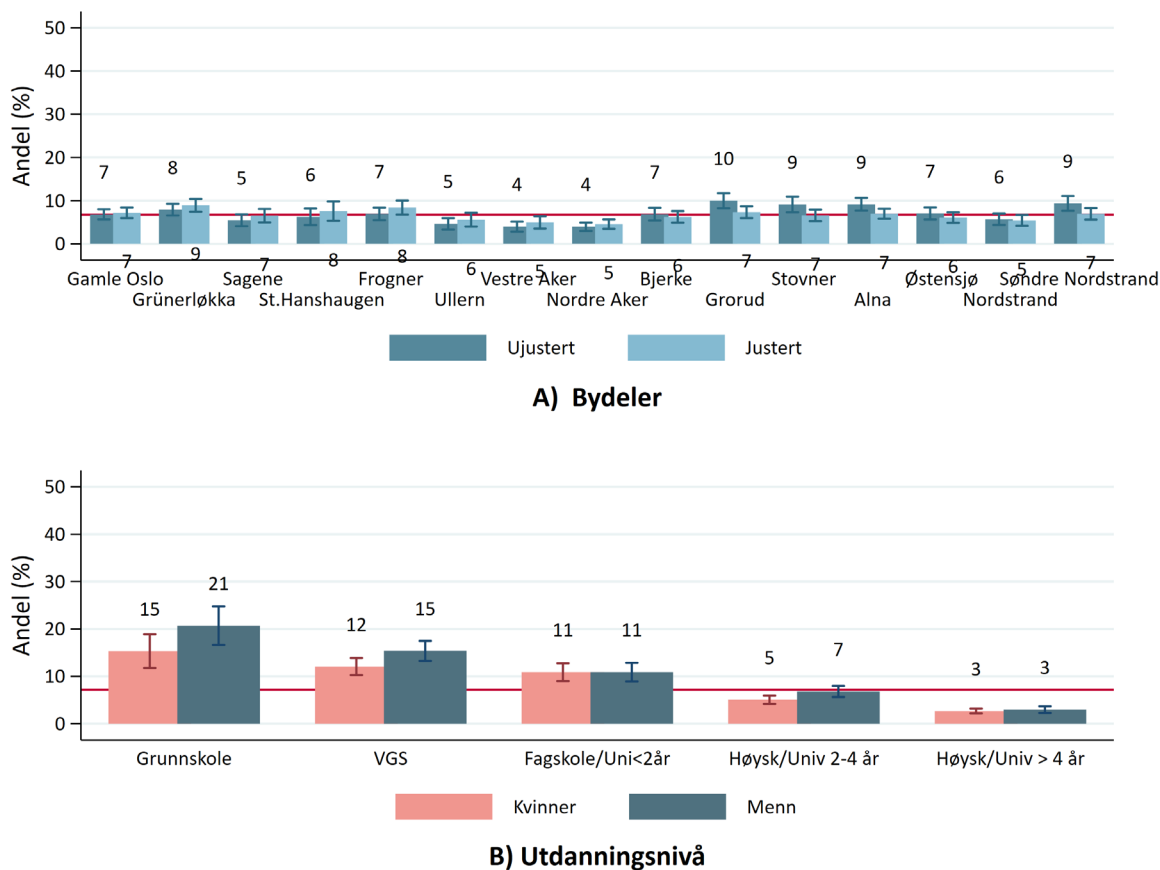
Figur E) viser at andelen som spiser grove kornprodukter flere ganger daglig, er høyest blant dem født i Norge og i land som USA, Canada, Australia og New Zealand, mens den er klart lavere blant dem fra nye EU-land, andre europeiske land utenfor EU, Afrika, Asia og øvrige land i Amerika. Det samme mønsteret framkommer også etter justering for alder og kjønn, men forskjellene mellom gruppene endres noe. Konfidensintervallene er brede i flere av kategoriene, men det er likevel tydelig at personer født i Norge og USA/Canada/Australia/New Zealand ligger høyere enn de fleste andre gruppene, og at gruppen «Am. u/USA og Canada» skiller seg ut med lavest andel.

Figur F) viser at andelen som spiser grove kornprodukter flere ganger daglig varierer mye mellom kvinner og menn fra ulike land, og kvinner fra Norge ligger markant høyere enn både kvinnene fra de fleste andre land og alle menn. For menn er andelen fra Norge også høyest, men langt lavere enn for norske kvinner. Blant innvandrerguppene er nivåene generelt lavere, spesielt for dem fra Eritrea, Pakistan og Irak. Konfidensintervallene er brede i flere av landgruppene, men forskjellene mellom norskfødte og innvandrere er likevel tydelige, særlig når man sammenligner de landene som ligger helt øverst og helt nederst på skalaen.

3.25 Daglig røyking

Totalt 22815 deltakere av 22864 (99,8 % spørsmålet kun gitt halve utvalget) hadde gyldig svar på Daglig røyking. Andelen for hele utvalget var **6,7 %** (KI95%: 6,4- 7,1). Andelen for kvinner var 5,6 % (n=12697; KI95%: 5,2- 6,1) og andelen for menn var 7,8 % (n=10118; KI95%: 7,2- 8,4).

Figur 24: Daglig røyking etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).

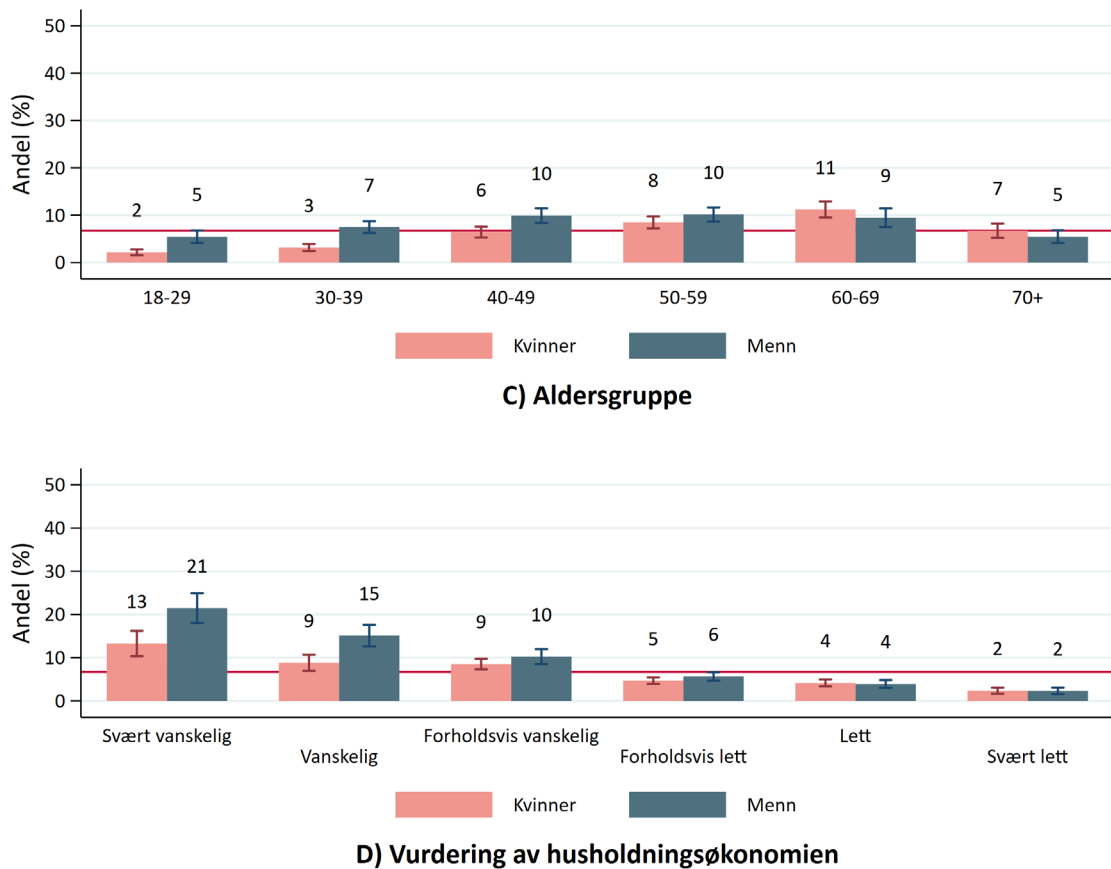


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser andelen daglig røykere fordelt på bydeler i Oslo. Det er tydelige geografiske forskjeller, hvor bydelene i ytre øst har høyere andeler daglig røykere sammenlignet med indre vest. Grovdal, Stovner og Søndre Nordstrand har blant de høyeste andelen, mens bydelene Vestre Aker og Nordre Aker har de laveste. Justering for demografiske faktorer endrer ikke det overordnede mønsteret nevneverdig, men enkelte bydeler får noe høyere eller lavere estimater.

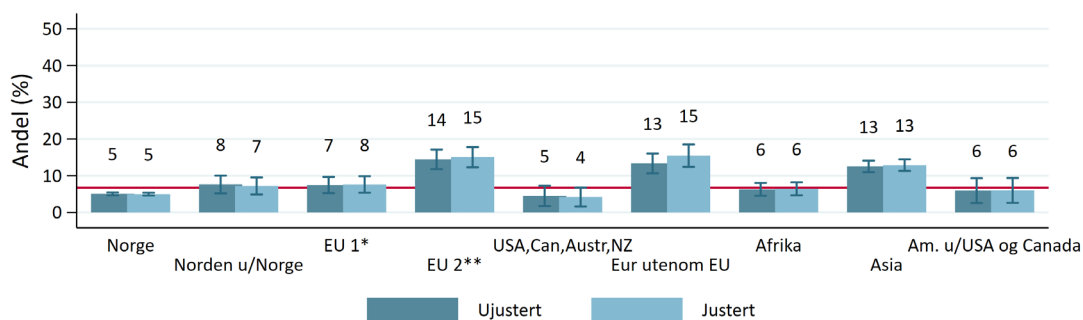
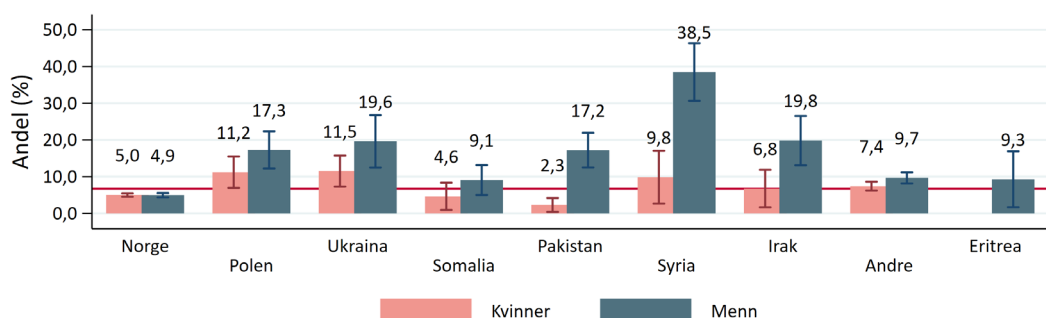
Figur B) viser andelen daglig røykere fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant både kvinner og menn er det en tydelig sammenheng mellom utdanningsnivå og daglig røyking, der andelen røykere synker med økende utdanning. Blant kvinner er andelen høyest for dem med kun grunnskole, mens den er lavest blant dem med høyere utdanning over fire år. Tilsvarende mønster sees blant menn. Forskjellen mellom kjønnene er størst blant dem med grunnskole, hvor menn har noe høyere andel daglig røykere enn kvinner. Konfidensintervallene overlapper, noe som kan bety at forskjellene ikke er statistisk signifikant.

Figur 24 forts.: Daglig røyking etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Figur C) viser andelen daglig røykere fordelt på kjønn og aldersgrupper. Blant kvinner er andelen lavest i de yngste aldersgruppene og øker frem mot 60–69 år, før den avtar igjen i de eldste gruppene. Blant menn følger andelen et lignende mønster, men med høyere forekomst i aldersgruppen 40–59 år sammenlignet med kvinner. I begge kjønn reduseres andelen blant de eldste. Generelt er det flere daglig røykere blant menn enn blant kvinner opp til 50 år, deretter er de mer like.

Figur D) viser andelen daglig røykere fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Andelen røykere er høyest blant de som oppgir at det er svært vanskelig å få pengene til å strekke til, og synker gradvis etter hvert som den økonomiske situasjonen oppleves som lettere. Dette mønsteret gjelder for både kvinner og menn, men andelen er høyere blant menn i de lavere økonomiske kategoriene. Blant kvinner er andelen daglig røykere mer enn fem ganger høyere i gruppen som oppgir at økonomien er svært vanskelig sammenlignet med dem som mener det er svært lett. For menn er denne forskjellen enda mer markant.

Figur 24 forts: Daglig røyking etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).**E) Fødelandsgruppe****F) Utvalgte fødeland og kjønn, aldersjustert**

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
 *EU/EFTA frem til 2004 u/Norden
 **Nye EU-land etter 2004

Figur E) viser at andelen som røyker daglig er aller lavest blant norskfødte (rundt 5 %) og personer fra USA, Canada, Australia og New Zealand (rundt 4–5 %), mens andelen er høyest blant dem fra nye EU-land etter 2004 (rundt 14–15 %) og fra Europa utenfor EU (rundt 13–15 %). Asia ligger også relativt høyt med rundt 12–13 %. Noen av gruppene, for eksempel Norden utenom Norge og EU før 2004, plasserer seg i mellomskiktet (rundt 7–8 %).

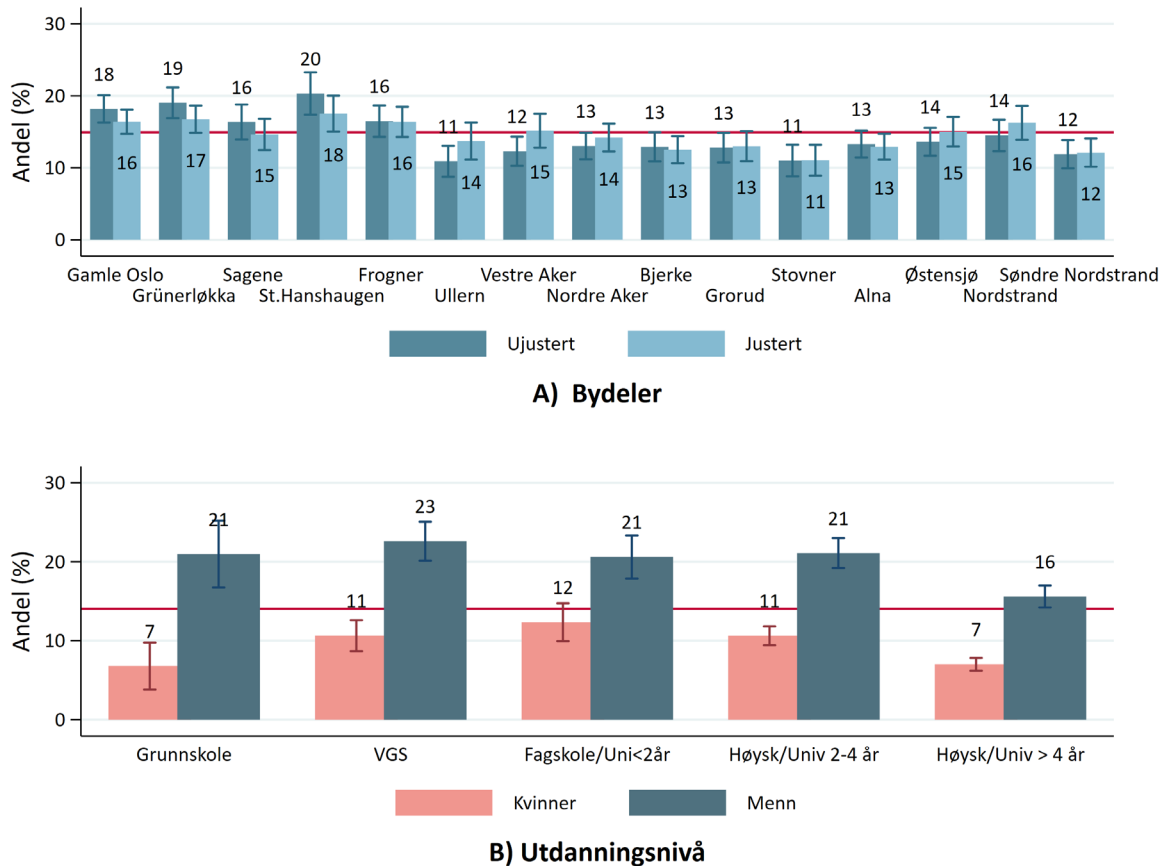
Konfidensintervallene for gruppene med aller høyest og aller lavest røykeprevalens overlapper ikke, noe som tydelig indikerer reelle forskjeller. Når det justeres for alder og kjønn ser vi bare små forskyvninger – hovedmønsteret med svært lave andeler i de norskfødte og engelskspråklige gruppene, samt høye andeler i visse europeiske og asiatiske grupper, forblir uendret.

Figur F) viser at blant kvinnene er daglig røyking mest utbredt hos dem fra Ukraina og Polen, mens den er klart lavest blant kvinner fra Eritrea og Pakistan. Blant menn er andelen som røyker daglig enda mer variabel, med det laveste nivået hos norskfødte (i underkant av 5 prosent) og det høyeste hos menn fra Syria (nesten 40 prosent). Det er også store kjønnsforskjeller i blant annet Syria, Irak og Pakistan; dette kan skyldes at røyking i flere kulturer er mer akseptert blant menn enn blant kvinner, noe som bidrar til de store forskjellene.

3.26 Daglig snusing

Totalt 22785 deltakere av 22864 (99,7 %, spørsmålet kun gitt halve utvalget) hadde gyldig svar på Daglig snusing. Andelen for hele utvalget var **14,9 %** (KI95%: 14,4-15,5). Andelen for kvinner var 10,1 % (n=12678; KI95%: 9,4-10,7) og andelen for menn var 19,8 % (n=10107; KI95%: 18,9-20,8).

Figur 25: Daglig snusing etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).

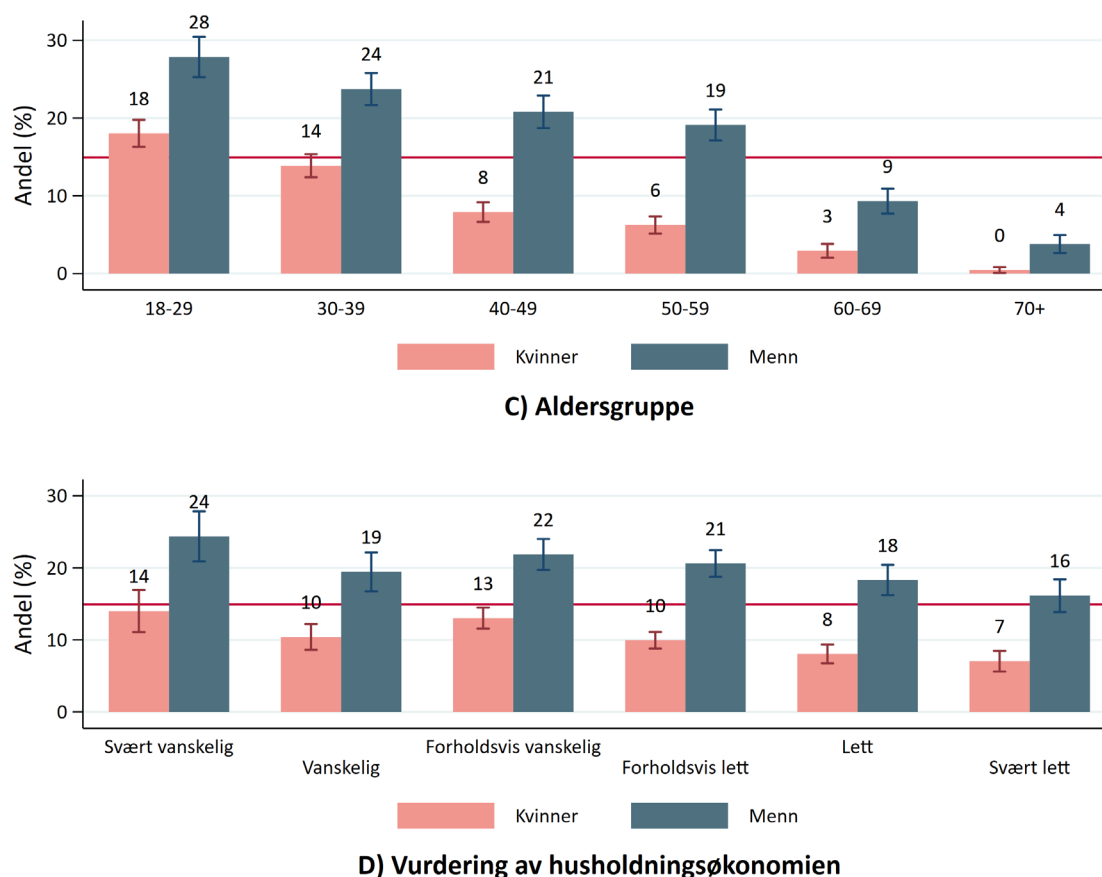


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser andelen daglig snusere fordelt på bydeler i Oslo. Det er geografiske forskjeller, der andelen er høyest i indre bydeler som St. Hanshaugen, Grünerløkka og Gamle Oslo, mens den er lavere i ytre bydeler som Stovner, Ullern og Søndre Nordstrand. Justering for demografiske faktorer reduserer noe av variasjonen mellom bydelene, men hovedmønsteret opprettholdes.

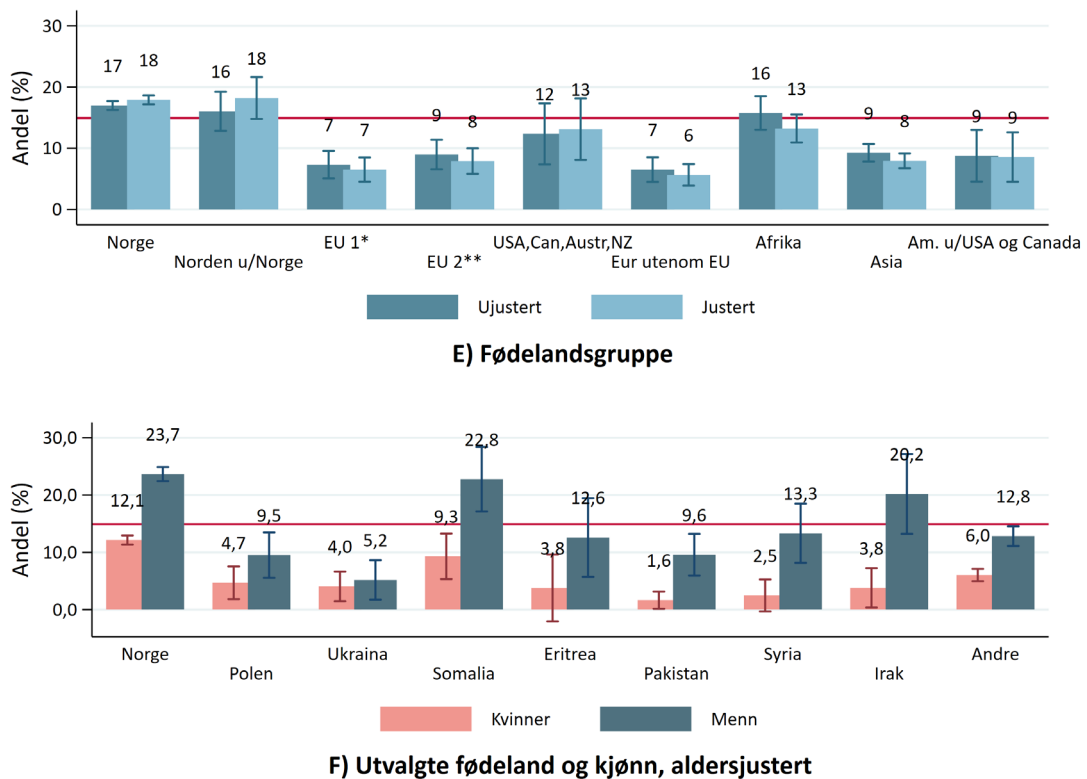
Figur B) viser andelen daglig snusere fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Blant menn er andelen daglig snusere generelt høyere enn blant kvinner på alle utdanningsnivåer. Snusbruk er mest utbredt blant menn med videregående opplæring, mens andelen er lavest blant dem med høyere utdanning over fire år. For kvinner er mønsteret mindre tydelig, men andelen daglig snusere er høyest blant dem med fagskole og kortere høyere utdanning, og lavest blant dem med kun grunnskole eller lengre høyere utdanning.

Figur 25 forts.: Daglig snusing etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Figur C) viser andelen daglig snusere fordelt på kjønn og aldersgrupper. Blant både kvinner og menn er snusbruk mest utbredt i de yngste aldersgruppene og avtar med økende alder. For kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 18–29 år, der nesten én av fem snuser daglig, mens bruken synker jevnt med økende alder. Blant menn er mønsteret likt, men med enda høyere andeler daglig snusbruk i de yngste gruppene. Snusbruk er svært sjelden blant de eldste deltakerne (70+), særlig blant kvinner.

Figur D) viser andelen daglig snusere fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Blant både kvinner og menn er daglig snusbruk høyest blant dem som oppgir at det er svært vanskelig å få pengene til å strekke til, og andelen synker gradvis med økende økonomisk trygghet. For begge kjønn er forskjellen markant, der de med svært vanskelig økonomi har en vesentlig høyere andel daglig snusere sammenlignet med dem som opplever økonomien som svært lett.

Figur 25 forts: Daglig snusing etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
 *EU/EFTA frem til 2004 u/Norden
 **Nye EU-land etter 2004

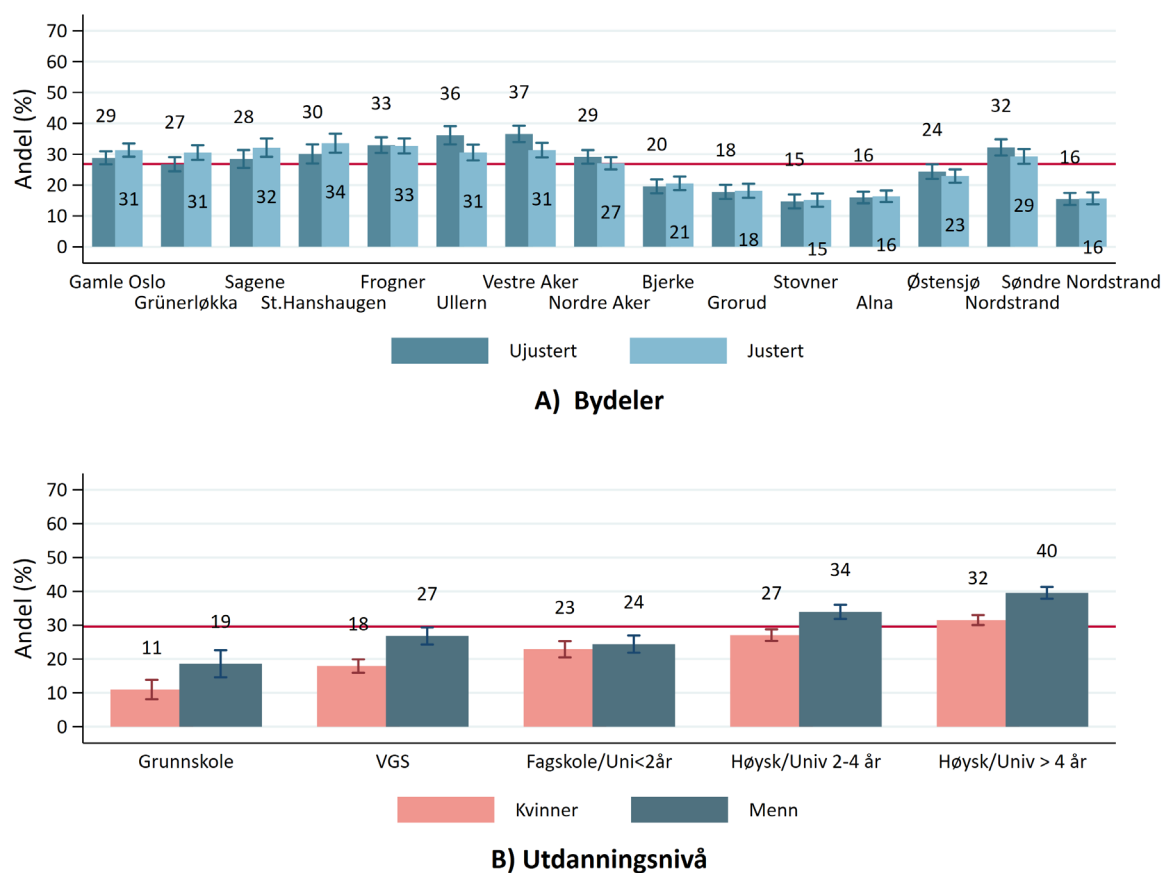
Figur E) viser at daglig snusbruk er høyest blant norskfødte og personer født i andre nordiske land (begge rundt 16–18 %), samt relativt høyt for dem fra Afrika, mens andelen er klart lavere i flere andre grupper, slik som de fra nye EU-land etter 2004 og fra Europa utenfor EU (under 10 %). Forskjellene er statistisk signifikante, ettersom konfidensintervallene for gruppene med høyest og lavest snusbruk ikke overlapper. Når det justeres for alder, kjønn og utdanningsnivå, ser vi kun mindre endringer i tallene, slik at hovedmønsteret – med høy andel daglig snusbruk i den norskfødte og nordiske delen av befolkningen og lavere andeler i flere av de øvrige fødelandsgruppene – består.

Figur F) viser andelen som rapporterte daglig snusing blant menn og kvinner fordelt på ulike fødeland. Blant menn er andelen høyest i gruppene født i Norge og Somalia, mens den er betydelig lavere blant menn fra land som Ukraina, Polen og Pakistan. Konfidensintervallene for disse gruppene viser at forskjellene mellom menn fra eksempelvis Norge og Pakistan trolig er statistisk signifikante. For kvinner er andelen daglig snusbruk lavere enn blant menn i alle landgrupper, og særlig lav i grupper født i Pakistan, Eritrea, Syria og Irak. Kvinner født i Norge skiller seg ut med høyest andel, men også disse tallene er lavere enn blant menn fra Norge. For enkelte landgrupper er konfidensintervallene relativt vide, noe som blant annet skyldes et mindre antall svar i utvalget.

3.27 Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere

Totalt 22826 deltakere av 22864 (99,8 %, spørsmålet kun gitt halve utvalget) hadde gyldig svar på Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere. Andelen for hele utvalget var **26,8 %** (KI95%: 26,2-27,5). Andelen for kvinner var 23,7 % (n=12700; KI95%: 22,8-24,5) og andelen for menn var 30,0 % (n=10126; KI95%: 29,0-31,0).

Figur 26: Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).

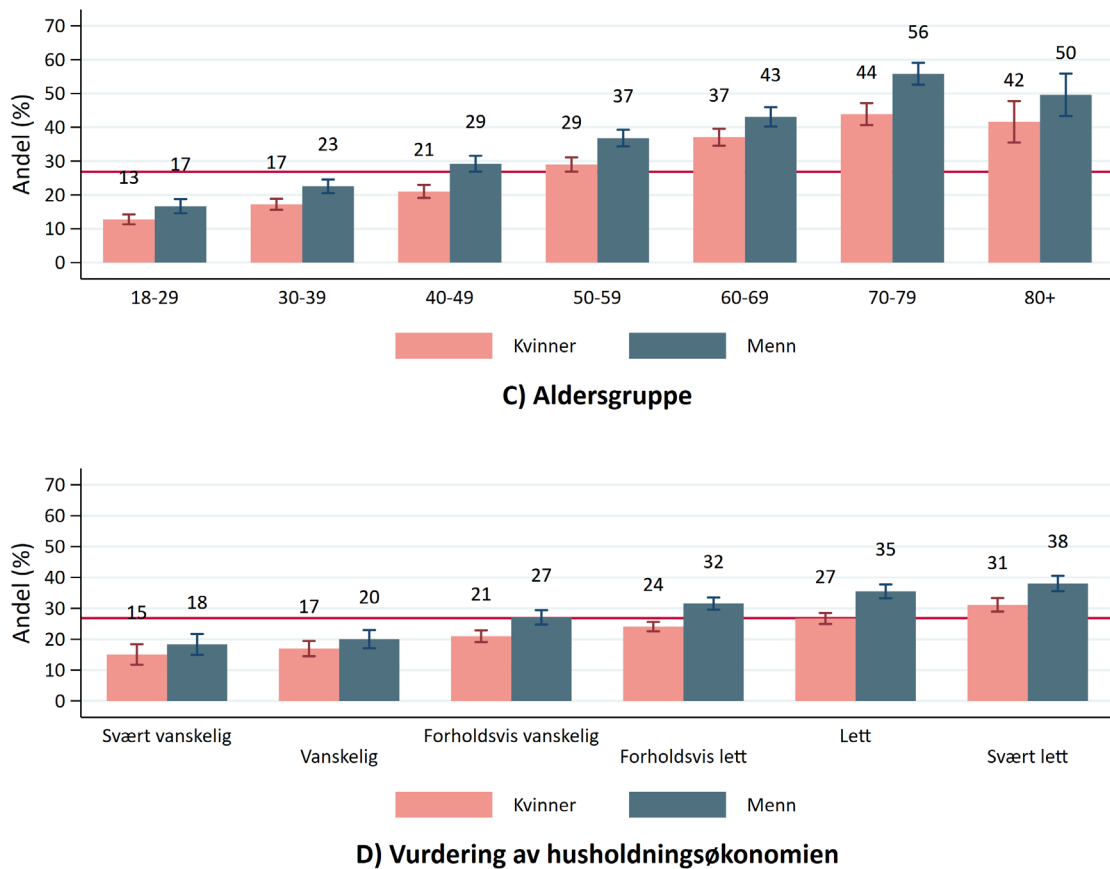


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser andelen som oppgir å drikke alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere, fordelt på bydeler i Oslo. Andelen er høyest i bydelene Vestre Aker, Ullern og Frogner, mens den er lavest i Søndre Nordstrand, Stovner og Alna. Generelt er det en tendens til at andelen som drikker alkohol hyppig er høyere i vestlige bydeler sammenlignet med de østlige. Forskjellene mellom bydelene er signifikante, da konfidensintervallene i stor grad ikke overlapper mellom bydelene med høyest og lavest andel.

Figur B) viser andelen som oppgir å drikke alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Andelen øker med økende utdanningsnivå for begge kjønn. Blant personer med grunnskoleutdanning er andelen lavest, og den øker gradvis opp til gruppen med mer enn fire års høyere utdanning. Konfidensintervallene til menn og kvinner overlapper i gruppene med fagskole/universitet under to år, mens de ikke overlapper på de andre utdanningsnivåene. Dette tyder på at det er signifikante kjønnsforskjeller i de fleste utdanningsgrupper, med høyere andel blant menn enn kvinner.

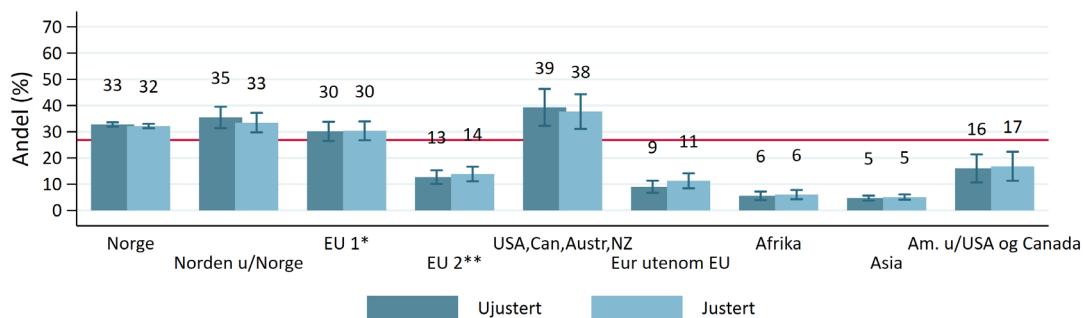
Figur 26 forts.: Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



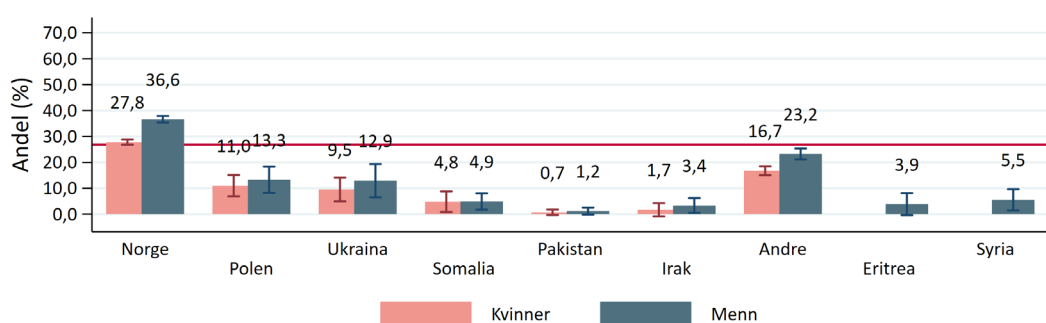
Figur C) viser andelen som drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere, fordelt på kjønn og alder. Andelen øker gradvis med alderen for både kvinner og menn, med lavest andel i aldersgruppen 18-29 år og høyest i gruppen 70-79 år, før den flater ut i aldersgruppen 80+. Kjønnforskjellene følger en tydelig trend, der menn har en høyere andel enn kvinner i alle aldersgrupper, og forskjellen øker gradvis med alderen. I aldersgruppen 80+ er konfidensintervallene for kvinner og menn overlappende, noe som betyr at det ikke er en signifikant forskjell mellom kjønnene i denne gruppen.

Figur D) viser andelen som drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Andelen øker gradvis med bedre økonomisk situasjon for både kvinner og menn. Blant dem som oppgir at økonomien er svært vanskelig, er andelen lavest, mens den er høyest blant dem som opplever økonomien som svært lett. Menn har en høyere andel enn kvinner i de fleste økonomiske kategorier, og kjønnforskjellen er konsistent i gruppene med bedre økonomi. Konfidensintervallene for menn og kvinner overlapper for de økonomisk mest utsatte gruppene, noe som betyr at kjønnforskjellen i disse kategoriene ikke er signifikant.

Figur 26 forts: Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).



E) Fødelandsgruppe



F) Utvalgte fødeland og kjønn, aldersjustert

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
 *EU/EFTA frem til 2004 u/Norden
 **Nye EU-land etter 2004

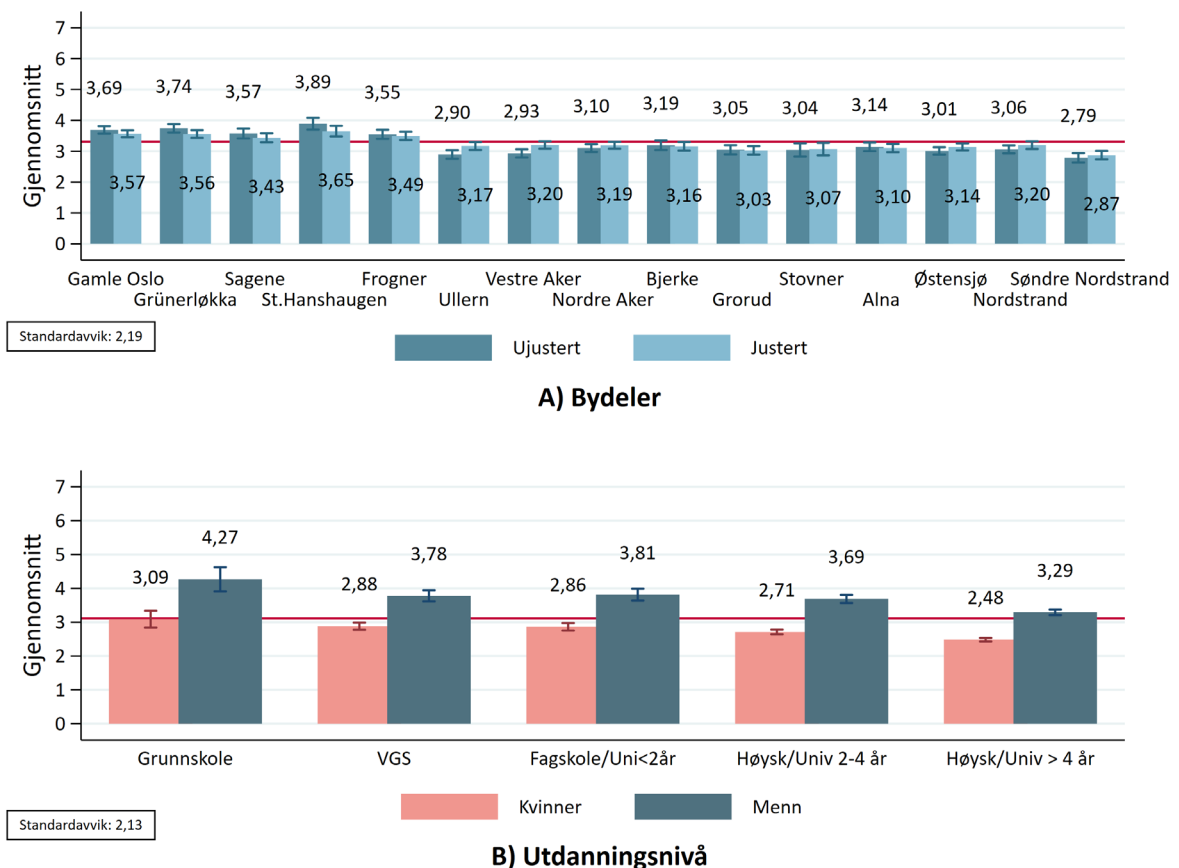
Figur E) viser andelen som oppgir å drikke alkohol 2–3 ganger i uken eller oftere, fordelt på fødelandsgruppe før og etter justering for alder og kjønn. Gruppen fra USA, Canada, Australia og New Zealand ligger høyest (39 % ujustert, 38 % justert), tett fulgt av Norge (33 % ujustert og 32 % justert) og de andre nordiske landene (35 % ujustert, 33 % justert). De laveste andelenes ses blant personer født i Afrika og Asia (rundt 5–6 %), samt Europa utenfor EU (9–11 %). Justering for sosiodemografiske faktorer endrer nivåene noe, men hovedmønsteret med store forskjeller mellom gruppene består.

Figur F) viser andelen som drikker alkohol 2–3 ganger i uken eller oftere, fordelt på kjønn og fødeland. Menn født i Norge har den klart høyeste andelen (rundt 37 %), etterfulgt av menn i kategorien «Andre» (23 %), mens menn fra flere av de øvrige fødelandsgruppene, særlig Pakistan, Irak, Eritrea og Somalia, rapporterer svært lave andeler. Blant kvinner er andelen klart høyest blant norskfødte (nær 28 %), mens andelen er under 2 % for kvinner fra Eritrea, Syria, Pakistan og Irak. Som i flere av de andre figurene er konfidensintervallene i noen grupper vide, noe som blant annet skyldes at det er relativt få som har besvart spørsmålet i disse gruppene.

3.28 Alkoholenheter per gang

Totalt 18729 deltakere av 22864 (81,9 %, spørsmålet kun gitt halve utvalget) hadde gyldig svar på Alkoholenheter per gang. Gjennomsnittet for hele utvalget var **3,31** (KI95%: 3,27-3,35). Gjennomsnittet for kvinner var 2,85 (n=10366; KI95%: 2,81-2,89) og gjennomsnittet for menn var 3,76 (n=8363; KI95%: 3,70-3,83).

Figur 26: Alkoholenheter per gang etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).

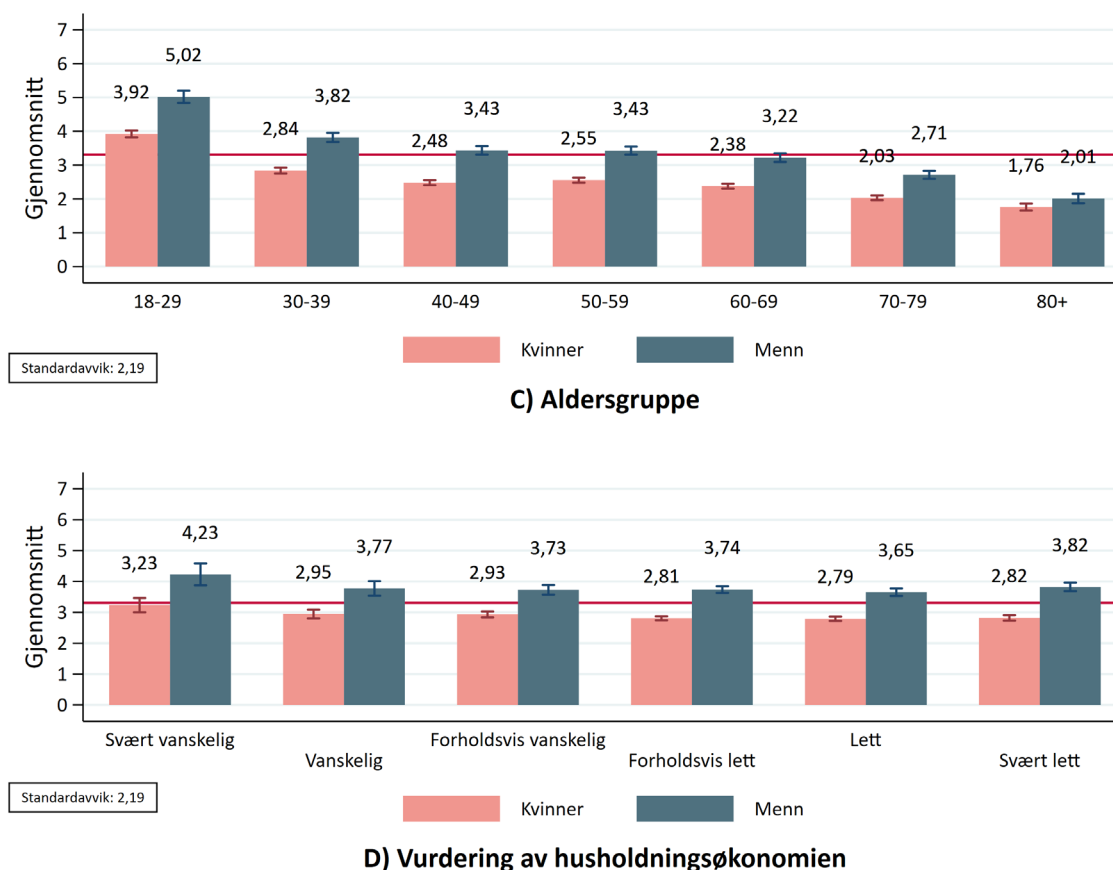


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser hvor mange alkoholenheter man i gjennomsnitt drikker per gang, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på bydeler i Oslo. Resultatene viser at St.Hanshaugen har høyest justert gjennomsnitt, mens Søndre Nordstrand har lavest. Forskjellen mellom disse bydelene utgjør om lag 0,8 alkoholenheter, noe som tilsvarer en Cohen's d på 0,36 og kan tolkes som en middels stor forskjell.

Figur B) viser gjennomsnittlig antall alkoholenheter per gang for kvinner og menn på ulike utdanningsnivåer. Blant begge kjønn ser vi en nedadgående trend i antall alkoholenheter fra grunnskole til høyeste utdanningsnivå, og menn rapporterer gjennomgående et høyere gjennomsnitt enn kvinner på alle nivåer. Forskjellen mellom dem med grunnskole og dem med universitets-/høyskoleutdanning over fire år tilsvarer en middels stor effektstørrelse (Cohens d på rundt 0,3–0,5) for begge kjønn.

Figur 26 forts.: Alkoholenheter per gang etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

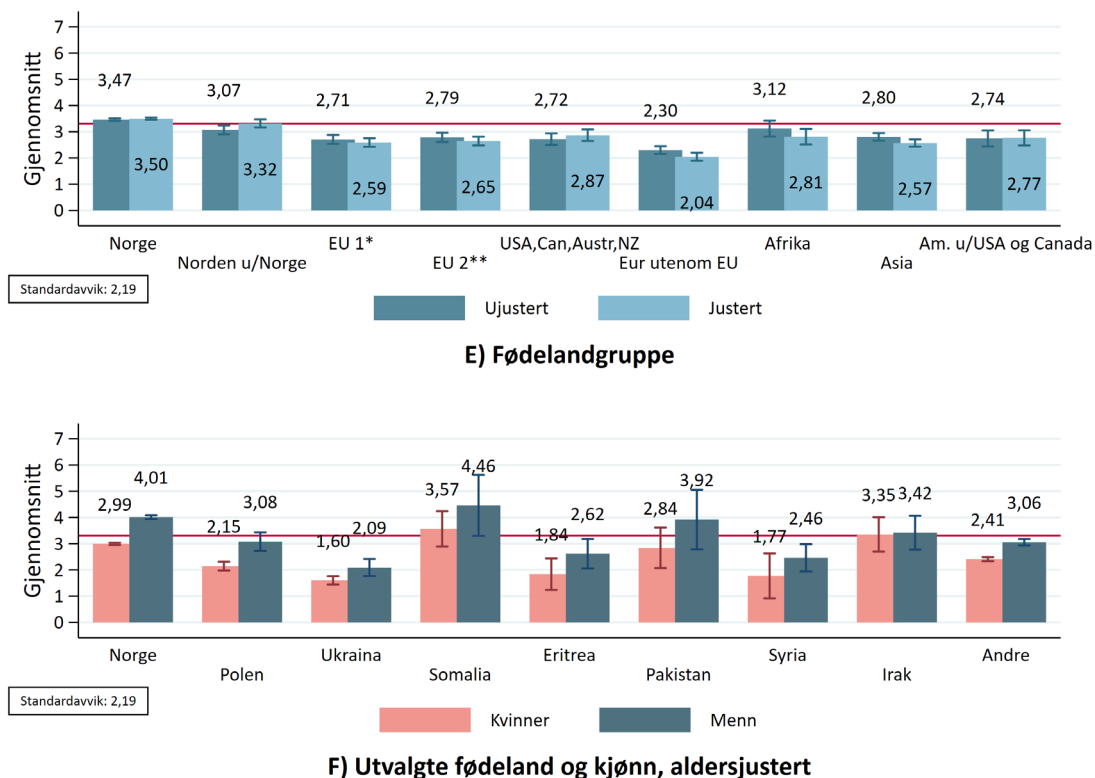


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur C) viser gjennomsnittlig antall alkoholenheter per gang, fordelt på kjønn og aldersgrupper. Resultatene indikerer at både kvinner og menn oppgir færre alkoholenheter jo eldre de blir. Blant kvinner ser vi en markant nedgang fra 18–29 år til 80+, og tilsvarende trend finnes også blant menn. Forskjellen mellom den yngste og den eldste aldersgruppen utgjør en stor effektstørrelse (Cohens d nær 1,0 for kvinner og om lag 1,4 for menn), noe som vitner om en tydelig aldersrelatert reduksjon i alkoholinntak. Menn rapporterer dessuten gjennomgående flere alkoholenheter per gang enn kvinner, særlig i de yngste aldersgruppene.

Figur D) viser gjennomsnittlig antall alkoholenheter per gang, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. For kvinner er forskjellene relativt små mellom gruppene, med et svakt høyere estimat i gruppen som opplever det som «svært vanskelig» å få pengene til å strekke til, sammenlignet med dem som synes det er «svært lett». Blant menn er inntaket høyest når husholdningsøkonomien oppleves som «svært vanskelig», og deretter avtar det noe i de fleste gruppene før det stiger igjen blant dem som rapporterer det som «svært lett». For begge kjønn er imidlertid variasjonene moderate, og menn rapporterer gjennomgående flere alkoholenheter per gang enn kvinner på tvers av alle økonomiske grupper.

Figur 26 forts: Alkoholenheter per gang etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).



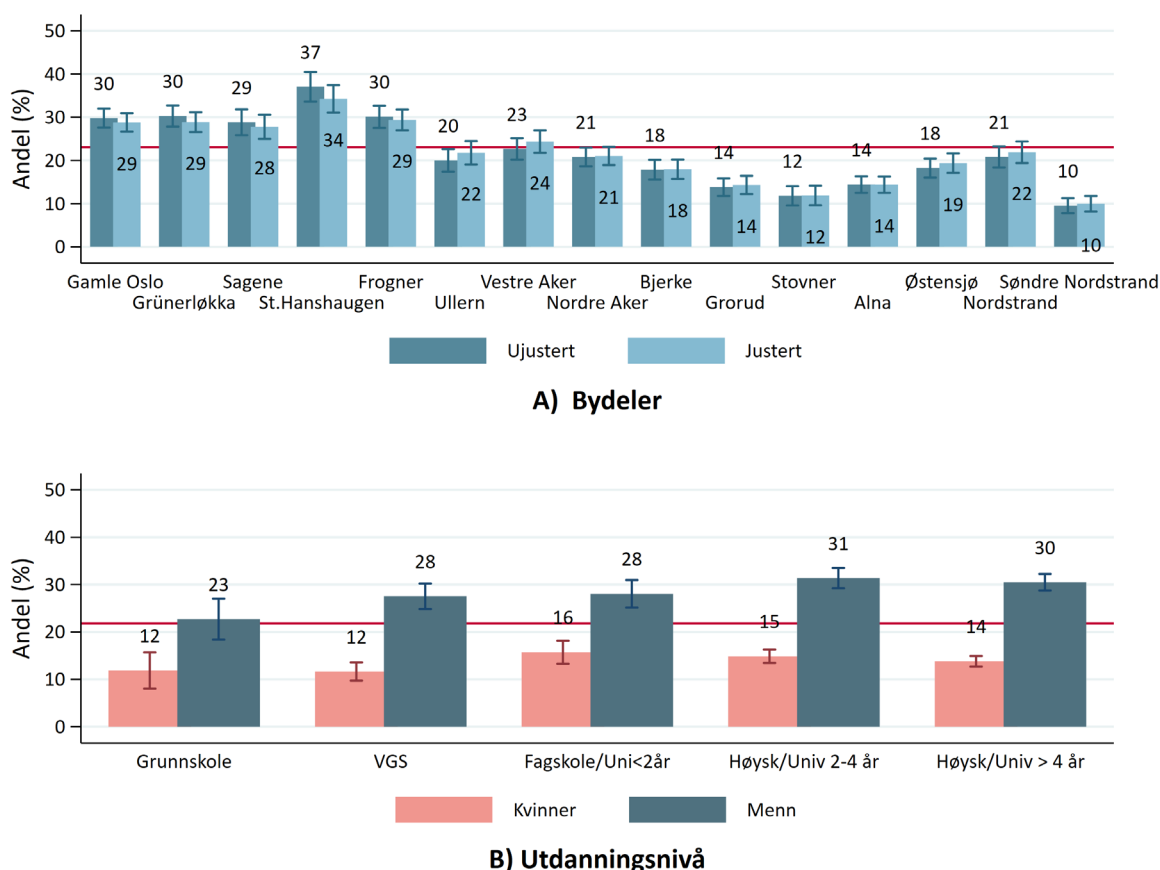
Figur E) viser gjennomsnittlig antall alkoholenheter per gang fordelt på fødelandsgrupper, både ujustert og justert for kjønn og alder. Norge skiller seg ut med det høyeste inntaket i begge modellene, mens noen av gruppene utenfor Europa har estimerer på omtrent samme nivå. Lavest antall alkoholenheter per gang finner vi blant dem fra Europa utenfor EU, spesielt i den justerte modellen. Forskjellen mellom Norge og Europa utenfor EU tilsvarer en Cohens d på rundt 0,7, som kan tolkes som en stor effektstørrelse.

Figur F) viser gjennomsnittlig antall alkoholenheter man drikker per gang, fordelt på kjønn og fødeland. Blant menn ligger inntaket høyest hos dem født i Norge og Somalia, mens for kvinner ser vi at kvinner født i Somalia og Irak rapporterer noe høyere inntak enn kvinner fra blant annet Ukraina, som har de laveste tallene for begge kjønn. Menn rapporterer generelt flere alkoholenheter per gang enn kvinner. Flere av landgruppene har også relativt brede konfidensintervall, noe som blant annet skyldes få svar i utvalget og dermed større usikkerhet.

3.29 Episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere

Totalt 22746 deltakere av 22864 (99,5 %, spørsmålet kun gitt halve utvalget) hadde gyldig svar på Episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere. Andelen for hele utvalget var **23,0 %** (KI95%: 22,4-23,7). Andelen for kvinner var 15,8 % (n=12649; KI95%: 15,1-16,6) og andelen for menn var 30,3 % (n=10097; KI95%: 29,2-31,4).

Figur 27: Episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).



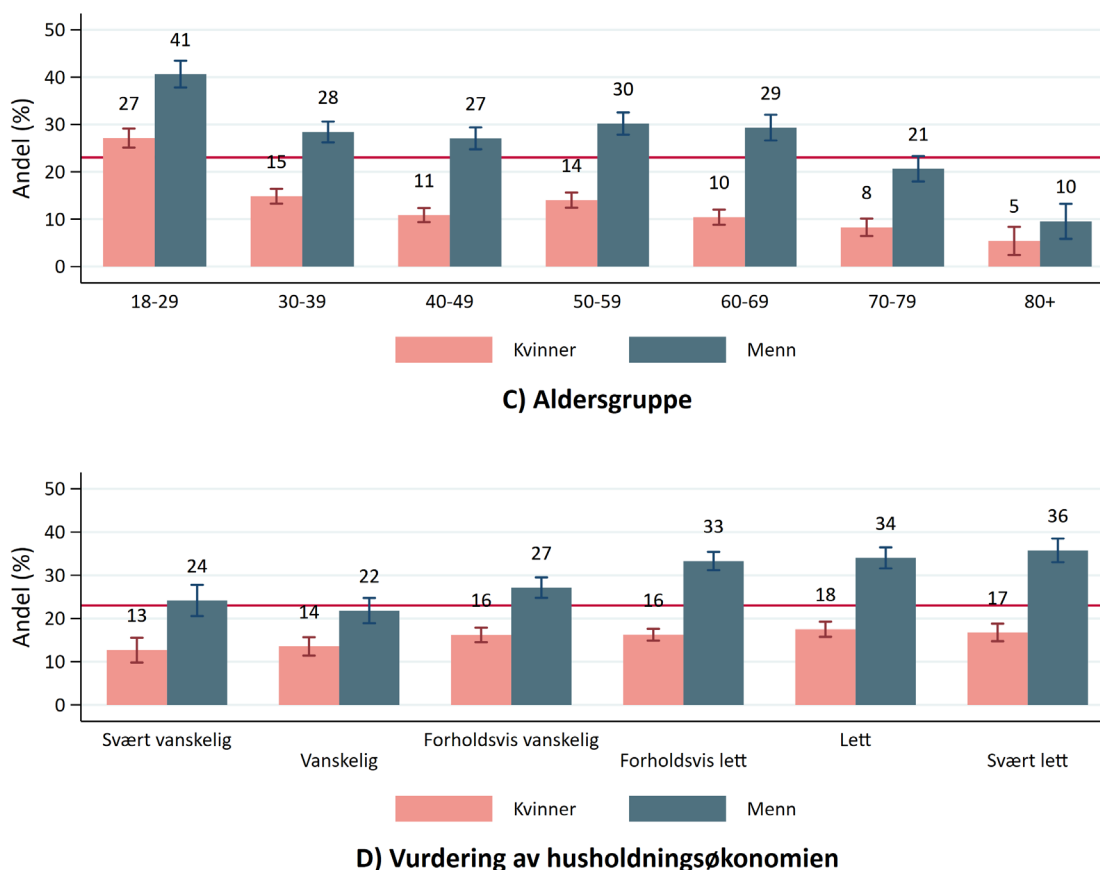
Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser andelen personer som rapporterer å drikke seks alkoholenheter eller mer ved én anledning månedlig eller oftere, fordelt på bydeler i Oslo. Forekomsten av episodisk høyt alkoholkonsum er høyest i indre bydeler som St. Hanshaugen, Grünerløkka og Gamle Oslo, mens andelen er lavest i ytre bydeler som Søndre Nordstrand, Stovner og Grorud. Disse forskjellene kan reflektere variasjoner i drikkekultur, alderssammensetning og sosioøkonomiske forhold. Indre bydeler har en høyere andel unge voksne, som generelt har et høyere alkoholkonsum, mens lavere forekomst i ytre bydeler kan henge sammen med høyere andel av grupper som i mindre grad drikker alkohol, for eksempel på grunn av kulturelle eller religiøse faktorer. Når tallene justeres for alder, kjønn og utdanningsnivå, reduseres forskjellene mellom bydeler noe, noe som tyder på at en del av variasjonen kan forklares av forskjeller i befolkningssammensetning.

Figur B) viser andelen personer som rapporterer å drikke seks alkoholenheter eller mer ved én anledning månedlig eller oftere, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Det er tydelige forskjeller mellom kjønnene, der menn i alle utdanningsgrupper rapporterer høyere forekomst av

episodisk høyt alkoholkonsum enn kvinner. Blant menn øker forekomsten med utdanningsnivå opp til universitets-/høgskolenivå på 2–4 år, som har den høyeste andelen, før den stabiliserer seg på et noe lavere nivå for dem med mer enn 4 års høyere utdanning. For kvinner er det små forskjeller mellom utdanningsgruppene, og konfidensintervallene overlapper i stor grad. Disse funnene tyder på at utdanningsnivå har en sterkere sammenheng med episodisk høyt alkoholkonsum blant menn enn blant kvinner.

Figur 27 forts.: Episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

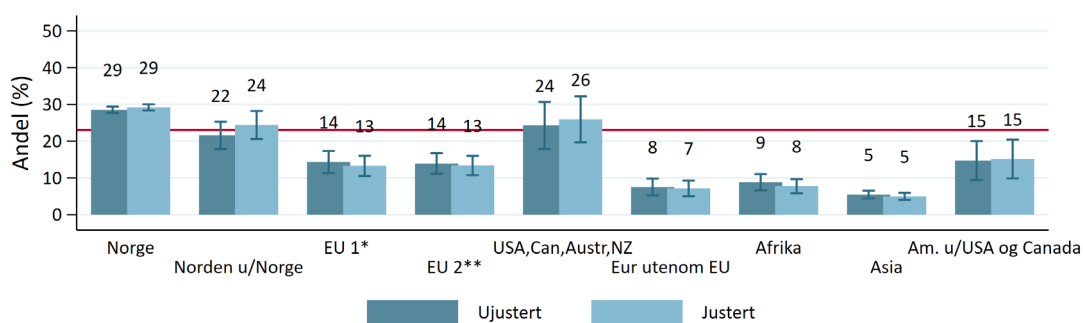


Figur C) viser andelen personer som rapporterer å drikke seks alkoholenheter eller mer ved én anledning månedlig eller oftere, fordelt på kjønn og alder. Blant både kvinner og menn er forekomsten høyest i aldersgruppen 18–29 år, før den avtar med økende alder. Nedgangen er særlig markant blant kvinner, hvor andelen reduseres betydelig fra 18–29 år til 30–39 år og videre nedover i aldersgruppene. For menn er mønsteret noe annerledes, der andelen er relativt høy og stabil fra 30 til 69 år før den synker tydelig i gruppen 70 år og eldre. Menn rapporterer gjennomgående høyere forekomst av episodisk høyt alkoholkonsum enn kvinner i alle aldersgrupper. Disse funnene reflekterer kjente trender hvor yngre voksne oftere drikker store mengder alkohol, mens forbruket avtar med økende alder, særlig blant kvinner.

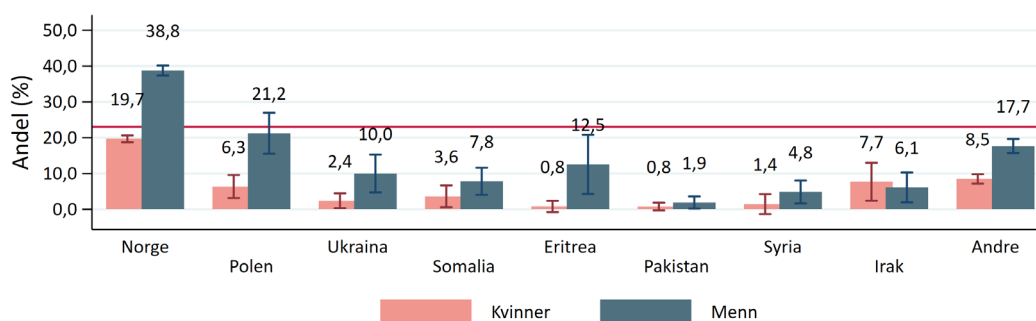
Figur D) viser andelen personer som rapporterer å drikke seks alkoholenheter eller mer ved én anledning månedlig eller oftere, fordelt på kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien. Generelt er forekomsten av episodisk høyt alkoholkonsum høyere blant menn enn kvinner i alle økonomiske grupper. For kvinner er andelen relativt stabil på tvers av vurderinger av husholdningsøkonomien. Blant menn øker andelen systematisk med bedre økonomi, fra den

laveste andelen i gruppen med «svært vanskelig» økonomi til den høyeste i gruppen med «svært lett» økonomi. Disse funnene tyder på at økonomisk situasjon har en sterkere sammenheng med episodisk høyt alkoholkonsum blant menn enn blant kvinner.

Figur 27 forts: Episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).



E) Fødelandsgruppe



F) Utvalgte fødeland og kjønn, aldersjustert

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
 *EU/EFTA frem til 2004 u/Norden
 **Nye EU-land etter 2004

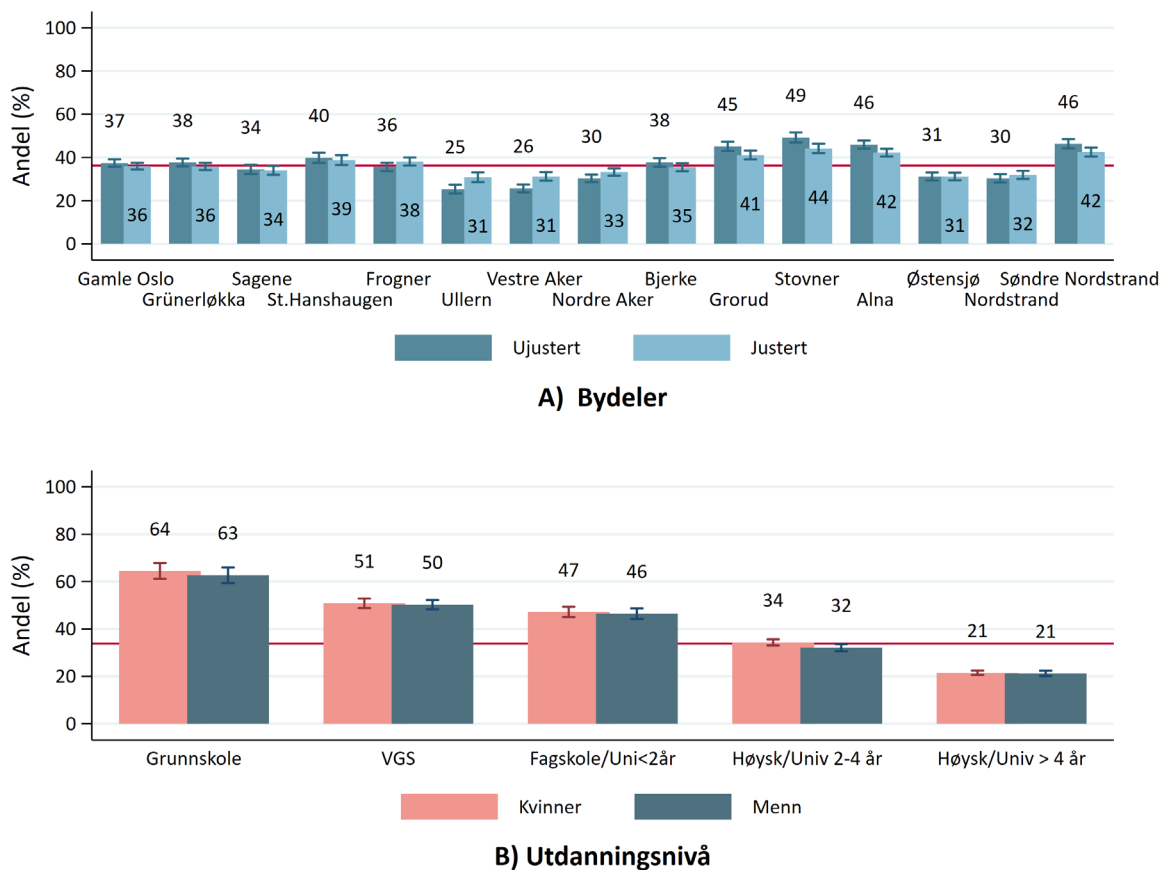
Figur E) viser andelen som oppgir å drikke seks alkoholenheter eller mer ved én anledning månedlig eller oftere, fordelt på fødelandsgruppe og justert for kjønn og alder. Andelen er høyest blant personer født i Norge, de øvrige nordiske landene og i USA/Canada/Australia/New Zealand, mens de laveste tallene finnes hos dem med bakgrunn fra Asia, Afrika og europeiske land utenfor EU. Forskjellene består også etter justering, noe som tyder på at kulturelle forhold og normer rundt alkohol i stor grad bidrar til ulikheter i hyppig høykonsuminntak.

Figur F) viser andelen som rapporterer å drikke seks alkoholenheter eller mer ved én anledning månedlig eller oftere, fordelt på kjønn og ulike fødeland. Blant menn finner vi høyest andel hos norskfødte, etterfulgt av menn fra Polen, mens menn fra Pakistan, Irak og Syria har de laveste andelen. Kvinner fra Norge skiller seg ut som den gruppen med størst andel episodisk høyt alkoholforbruk, men tallene er fortsatt lavere enn hos menn fra samme fødeland. Ellers er episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere sjeldent blant kvinner i de fleste landgruppene, og konfidensintervallene i noen av gruppene er vide grunnet få svar.

3.30 Økonomiske vansker

Totalt 44286 deltakere av 45480 (97.4 %) hadde gyldig svar på Økonomiske vansker. Andelen for hele utvalget var **36,2 %** (KI95%: 35,7-36,7). Andelen for kvinner var 35,3 % (n=24752; KI95%: 34,6-36,0) og andelen for menn var 37,1 % (n=19534; KI95%: 36,3-37,9).

Figur 28: Økonomiske vansker etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).

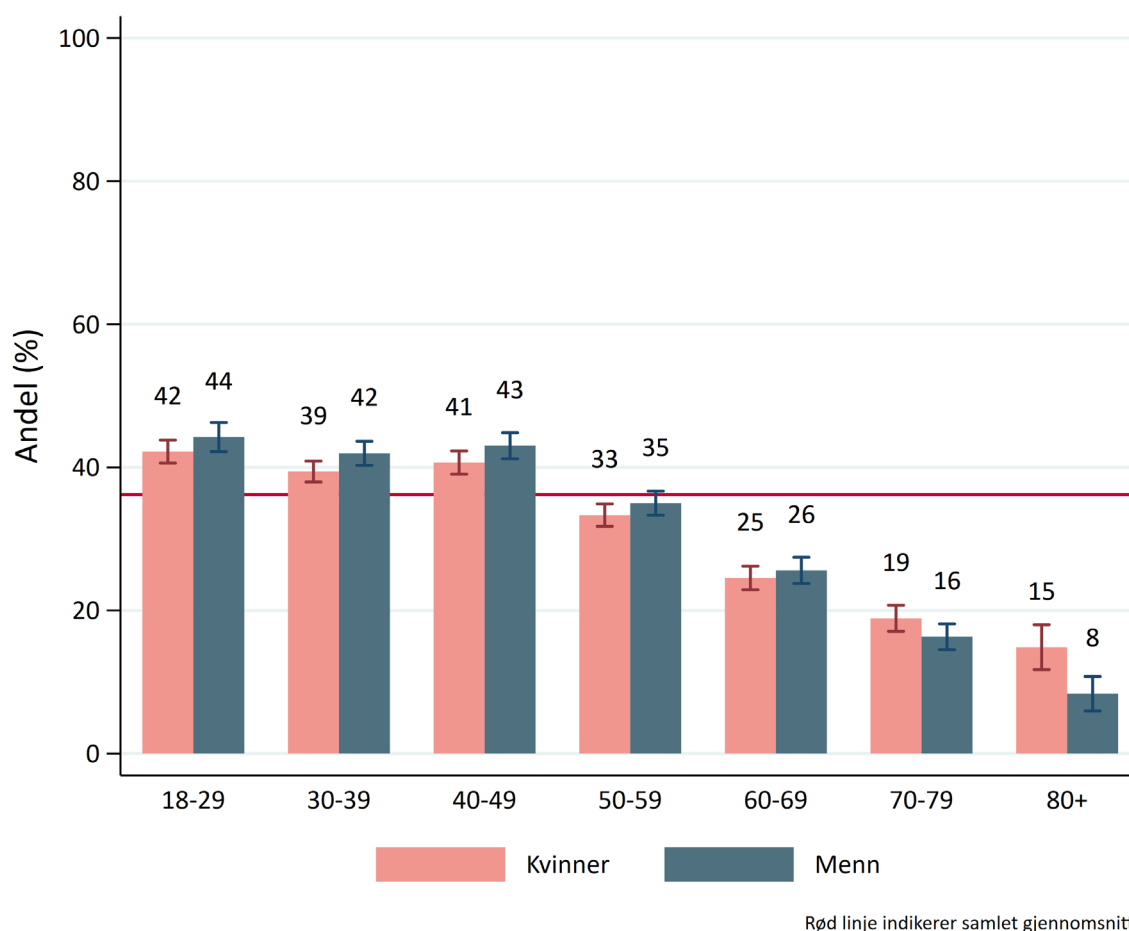


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser andelen som opplever økonomiske vansker, fordelt på bydeler i Oslo. Det er tydelige geografiske forskjeller, hvor andelen er høyest i Stovner, Søndre Nordstrand, Alna og Grorud, og lavest i Vestre Aker og Ullern. Etter justering for demografiske faktorer reduseres noe av variasjonen mellom bydelene, men det overordnede mønsteret opprettholdes. De høyeste andelenes finnes i bydeler med lavere gjennomsnittlig inntekt og større sosioøkonomiske utfordringer, mens de laveste andelenes er i bydeler med generelt høyere inntektsnivå.

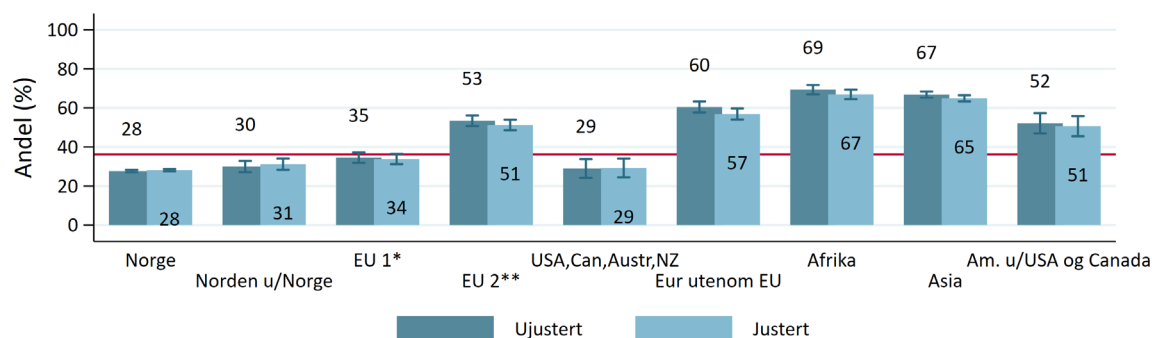
Figur B) viser andelen som opplever økonomiske vansker, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Det er en tydelig sammenheng mellom utdanning og opplevde økonomiske utfordringer, der andelen med økonomiske vansker er høyest blant dem med grunnskoleutdanning og gradvis synker med økende utdanningsnivå. Blant kvinner rapporterer nærmere 65 % av dem med kun grunnskole at de har økonomiske vansker, sammenlignet med 21 % av dem med høyere utdanning over fire år. Blant menn følger mønsteret samme trend. Forskjellen mellom dem med lavest og høyest utdanning er betydelig, noe som viser en klar sammenheng mellom utdanningsnivå og økonomisk trygghet.

Figur 28 forts.: Økonomiske vansker etter kjønn og alder (C).

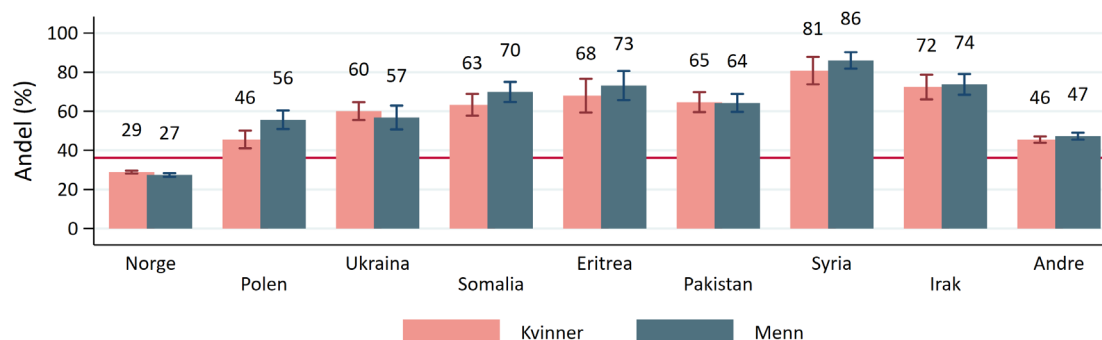


Figur C) viser andelen som opplever økonomiske vansker, fordelt på kjønn og aldersgrupper. Generelt er økonomiske vansker mest utbredt i de yngre aldersgruppene og avtar med økende alder. Blant kvinner er andelen høyest i aldersgruppen 18–29 år, hvor over 40 % rapporterer økonomiske vansker, mens andelen er lavest i gruppen over 80 år. Blant menn følger mønsteret en lignende trend, men med noe høyere andeler i de yngre aldersgruppene sammenlignet med kvinner (selv om dette ikke nødvendigvis er signifikante forskjeller). Nedgangen i økonomiske vansker med økende alder kan trolig delvis forklares av høyere økonomisk stabilitet blant eldre, samt at yngre oftere er i etableringsfasen med større økonomiske utfordringer.

Figur 28 forts: Økonomiske vansker etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).



E) Fødelandsgruppe



F) Utvalgte fødeland og kjønn, aldersjustert

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
 *EU/EFTA frem til 2004 u/Norden
 **Nye EU-land etter 2004

Figur E) viser andelen som oppgir at det er vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til, fordelt på fødelandsgruppe før og etter justering for alder og kjønn. Andelen er lavest blant personer født i Norge og USA/Canada/Australia/New Zealand, mens den er klart høyest blant dem som er født i Afrika og Asia. Også for dem som er født i Europa utenfor EU og i de nyere EU-landene etter 2004 er andelen med økonomiske vansker høy. Etter justering blir forskjellene noe mindre, men hovedmønsteret består, noe som indikerer at enkelte fødelandsgrupper rapporterer vesentlig høyere forekomst av økonomiske vansker også når det tas hensyn til disse bakgrunnsfaktorene.

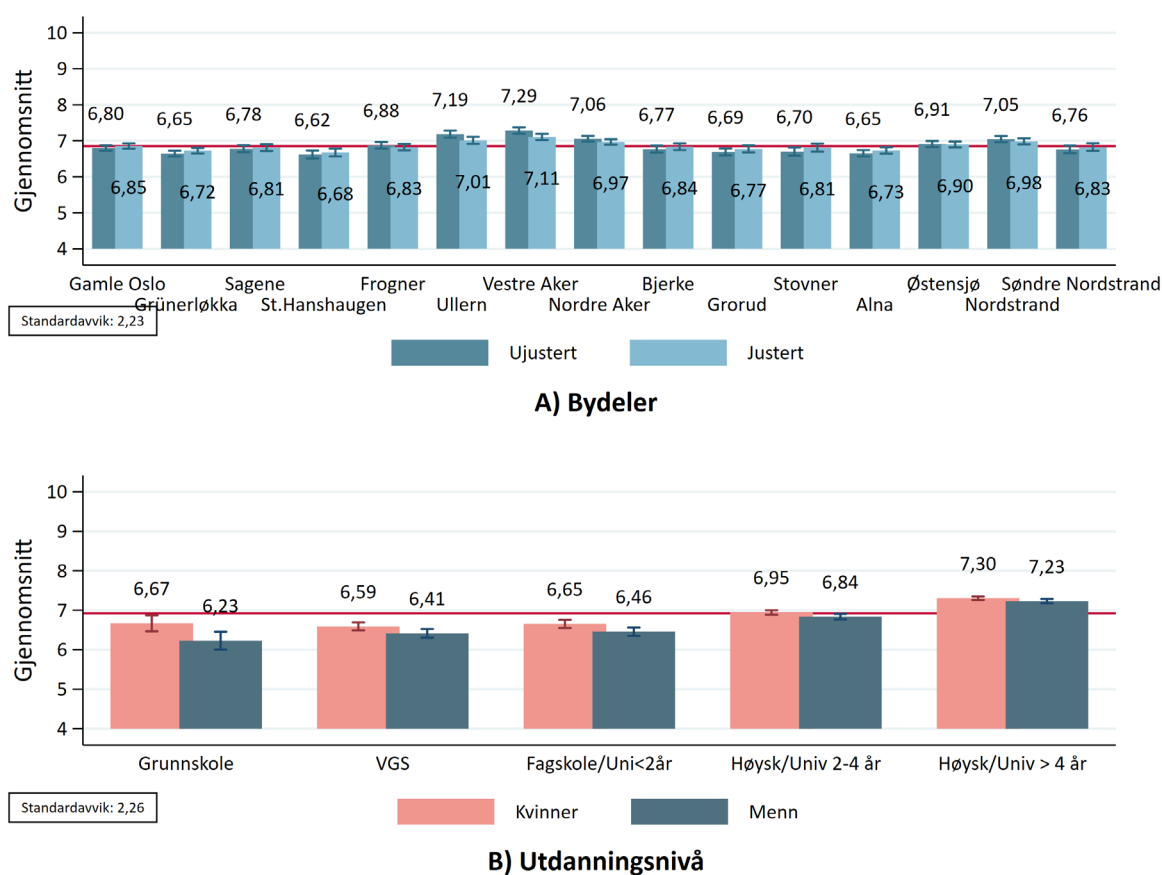
Figur F) viser andelen som oppgir økonomiske vansker blant menn og kvinner fra ulike utvalgte fødeland. Andelen er lavest for begge kjønn blant dem som er født i Norge, og høyest blant personer fra Syria. Blant dem som er født i for eksempel Somalia, Eritrea og Irak, ligger andelen også på et klart høyere nivå sammenlignet med gruppene fra Norge, Polen og Ukraina. Samlet sett har menn og kvinner fra flere av landene utenfor Europa et høyt omfang av økonomiske vansker, mens forskjellene mellom kjønnene er forholdsvis små i flere av landgruppene.

3.31 Tilfredshet med livet

Totalt 45399 deltakere av 45480 (99,8 %) hadde gyldig svar på Tilfredshet med livet. Gjennomsnittet for hele utvalget var **6,85** (KI95%: 6,83-6,88). Gjennomsnittet for kvinner var 6,94 (n=25378; KI95%: 6,91-6,96) og gjennomsnittet for menn var 6,77 (n=20021; KI95%: 6,73-6,81).

Svarene kan også grupperes, slik at svar fra 0 til 5 angir lav tilfredshet, 6 til 8 middels og fra 9 til 10 høy tilfredshet. Med denne grupperingen ser vi at 23,2 % (95 % KI 22,7-23,6 %) oppgav lav tilfredshet i Oslo som helhet. Andelen for kvinner var 22,2 % (95 % KI 21,6-22,8) og andelen for menn var 24,2 % (95 % KI 23,5 – 24,9). Andelen med høy tilfredshet (9-10) var 22,2 % (95 % KI 21,7 – 22,6) i Oslo som helhet, 22,6 % (95 % KI 22,1 – 23,2) blant kvinner og 21,7 % (95 % KI 21,0 – 22,3) blant menn.

Figur 28: Tilfredshet med livet etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).



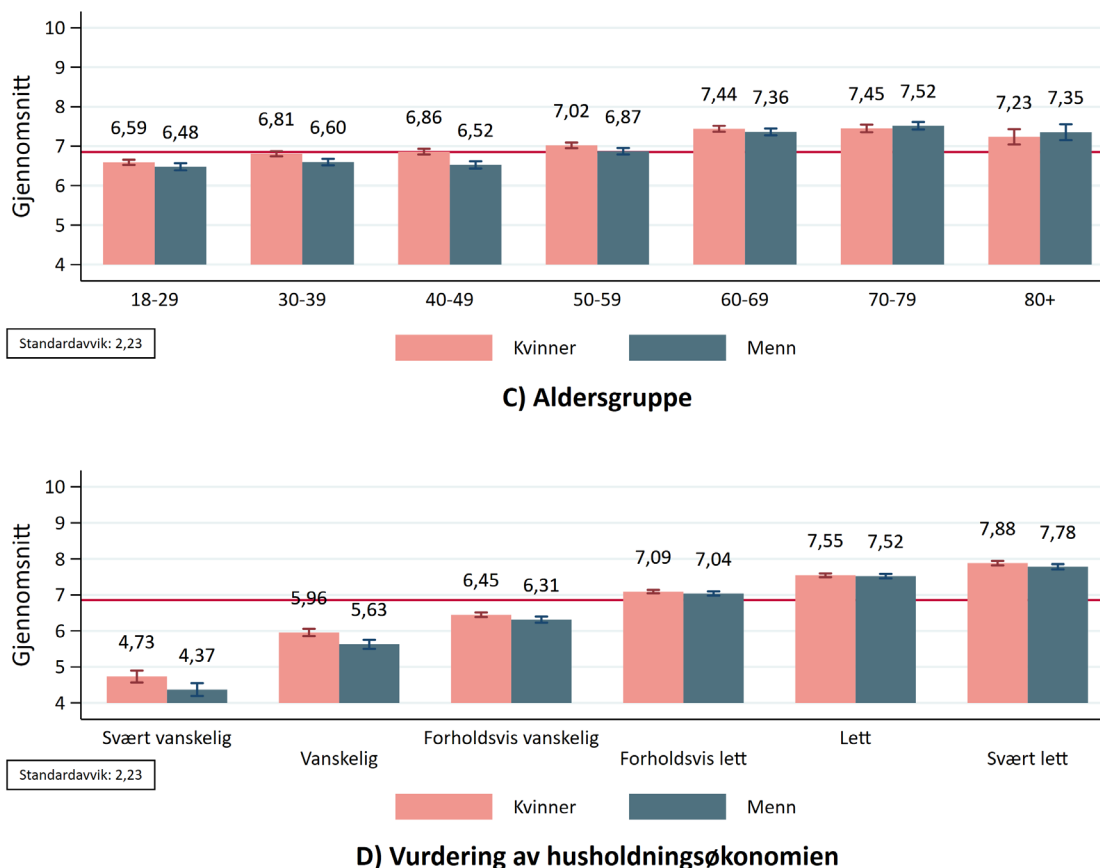
Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser gjennomsnittlig livstilfredshetsskår (0–10) for bydelene i Oslo, basert på en modell justert for kjønn, alder og utdanningsnivå. De justerte tallene indikerer at Vestre Aker har den høyeste skåren (7,11) og St. Hanshaugen den laveste (6,68). Forskjellen mellom disse bydelene er dermed 0,43, og siden standardavviket i datamaterialet er 2,23, gir dette en Cohens d på 0,19. Det tilsvarer en liten effektstørrelse, som tyder på at variasjonene i livstilfredshet mellom bydelene er beskjedne.

Figur B) viser gjennomsnittlig skår på livstilfredshet (0–10) blant kvinner og menn, fordelt på utdanningsnivå. For begge kjønn ser vi en systematisk stigning i livstilfredshet ettersom

utdanningsnivået øker. Blant kvinnene er skåren lavest for dem med videregående og høyest for dem med mer enn fire års høyere utdanning, en differanse på 0,71 som tilsvarer en Cohens d på 0,31 (middels forskjell). Blant mennene er forskjellen enda tydeligere, fra 6,23 (grunnskole) til 7,23 (mer enn fire års høyere utdanning), altså 1,00 i differanse, noe som gir en Cohens d på 0,44 (middels forskjell).

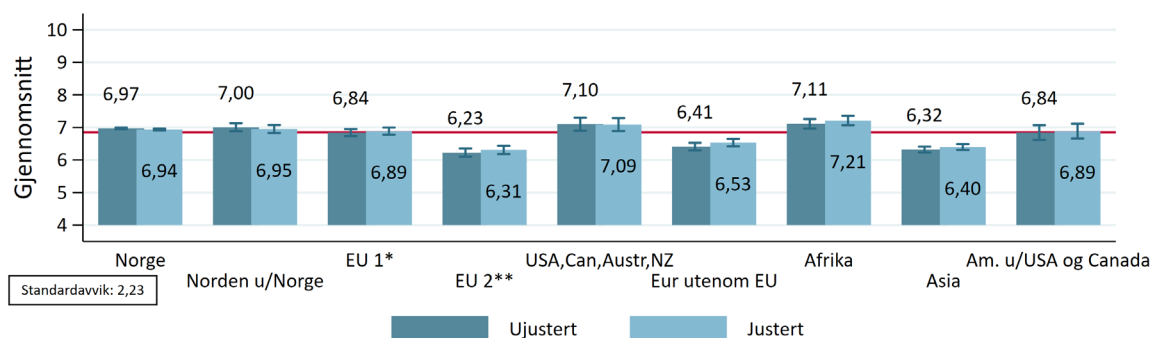
Figur 28 forts.: Tilfredshet med livet etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



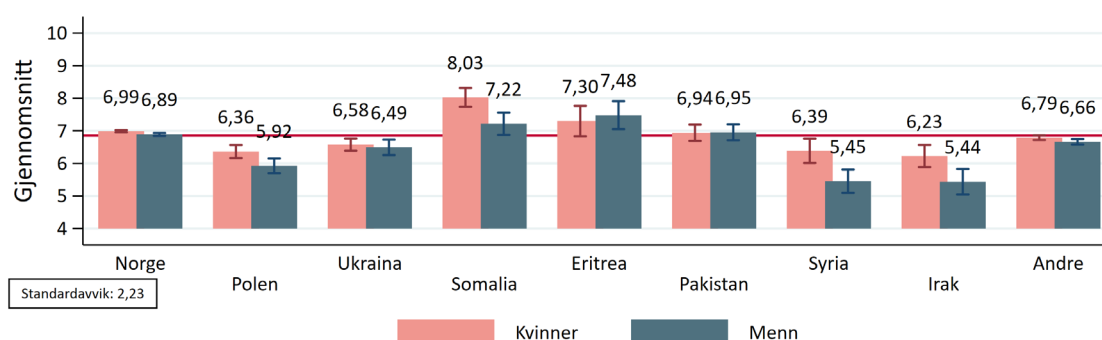
Figur C) viser at livstilfredsheten (0–10) er lavest blant de yngste (18–29) og øker jevnt opp til 70–79 år, før den synker litt blant de aller eldste. Blant kvinnene utgjør forskjellen mellom yngste og 70–79-gruppen en Cohens d på 0,39, mens den hos menn er 0,47. Begge deler tolkes som middels forskjeller og illustrerer en tydelig aldersgradient i livstilfredshet.

Figur D) viser gjennomsnittlig livstilfredshet (0–10) etter kjønn og hvor enkelt eller vanskelig det er å få husholdningsøkonomien til å strekke til. Vi ser at tilfredsheten øker jevnt for begge kjønn når det oppleves mindre krevende å få pengene til å strekke til. Blant kvinner er differansen mellom «svært vanskelig» og «svært lett» om lag 3,15, noe som gir en Cohens d på 1,41 (stor forskjell). Hos menn er tilsvarende differanse 3,41, tilsvarende en Cohens d på 1,53 (også en stor forskjell). Dette understreker en klar sammenheng mellom opplevd økonomisk situasjon og livstilfredshet.

Figur 28 forts: Tilfredshet med livet etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).



E) Fødelandsgruppe



F) Utvalgte fødeland og kjønn, aldersjustert

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
 *EU/EFTA frem til 2004 u/Norden
 **Nye EU-land etter 2004

Figur E) viser gjennomsnittlig livstilfredshet (0–10) etter fødelandsgruppe i en modell justert for kjønn og alder. De høyeste tallene finner vi blant dem med bakgrunn fra Afrika (7,21), mens de laveste er blant dem fra nye EU-land etter 2004 (6,31). Forskjellen på 0,90 gir en Cohens d på rundt 0,40, noe som kan tolkes som en middels forskjell. De øvrige gruppene ligger mellom disse ytterpunktene, med verdier som jevnt over ligger over 6,3.

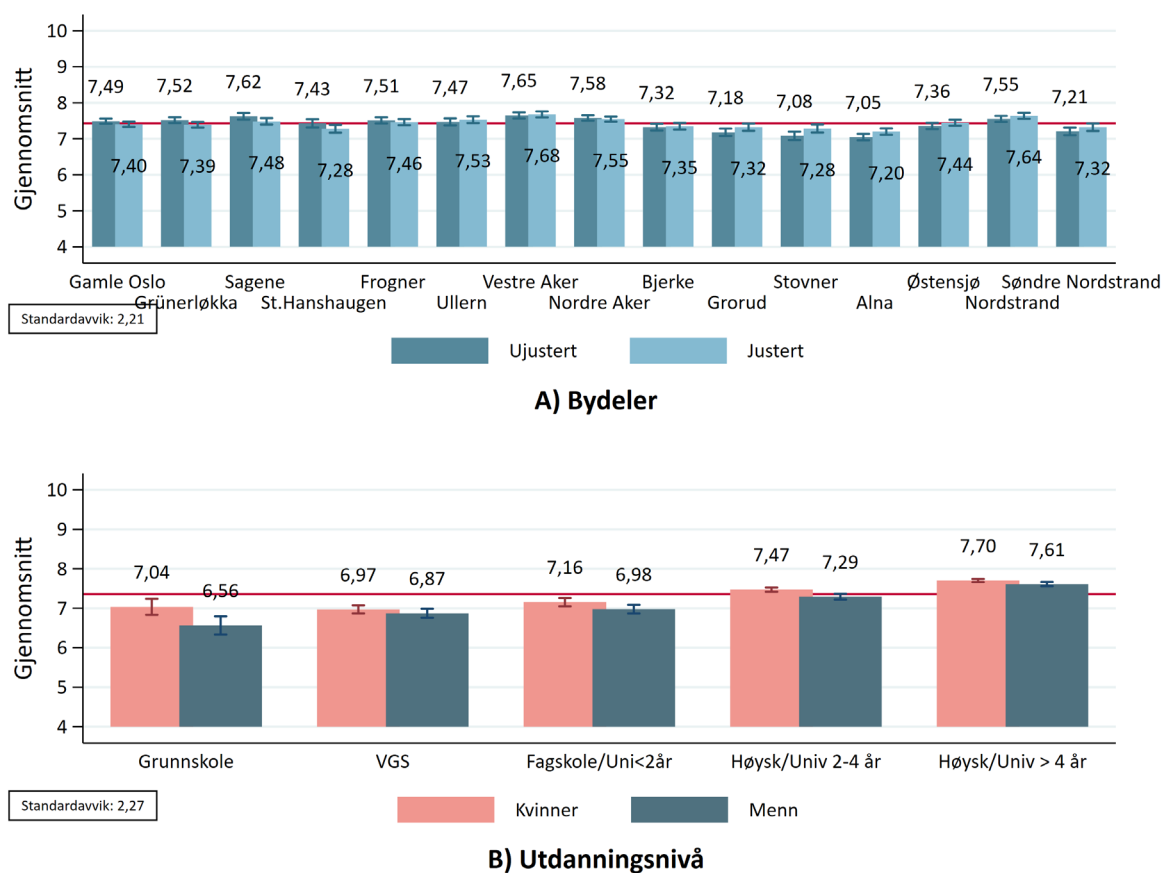
Figur F) viser gjennomsnittlig livstilfredshet (0–10) blant kvinner og menn fra utvalgte fødeland. For kvinnene er skåren høyest blant dem fra Somalia (8,03) og lavest blant dem fra Irak (6,23), en forskjell på 1,80 som tilsvarer en Cohens d på 0,81 (stor forskjell). Hos menn er skåren høyest blant dem fra Eritrea (7,48) og lavest blant dem fra Irak (5,44), en differanse på 2,04 som gir en Cohens d på 0,91 (også en stor forskjell). Dette indikerer at livstilfredshet varierer betraktelig mellom ulike landbakgrunner.

3.32 Fremtidsoptimisme

Totalt 45044 deltakere av 45480 (99.0 %) hadde gyldig svar på Fremtidsoptimisme. Gjennomsnittet for hele utvalget var **7,43** (KI95%: 7,40-7,45). Gjennomsnittet for kvinner var 7,53 (n=25144; KI95%: 7,51-7,56) og gjennomsnittet for menn var 7,32 (n=19900; KI95%: 7,28-7,36).

Svarene kan også grupperes, slik at svar fra 0 til 5 angir lav optimisme, 6 til 8 middels optimisme og fra 9 til 10 høy optimisme. Med denne grupperingen ser vi at 17,6 % (95 % KI 17,2-18,0) oppgav lav optimisme i Oslo som helhet. Andelen for kvinner var 15,8 % (95 % KI 15,3 – 16,3) og andelen for menn var 18,8 % (95 % KI 17,8-19,9). Andelen med høy optimisme (9-10) var 34,8 % (95 % KI 34,3-35,3) i Oslo som helhet, 35,2 % (95 % KI 34,6-35,9) blant kvinner og 34,3 % (95 % KI 33,6-35,1) blant menn.

Figur 29: Fremtidsoptimisme etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).



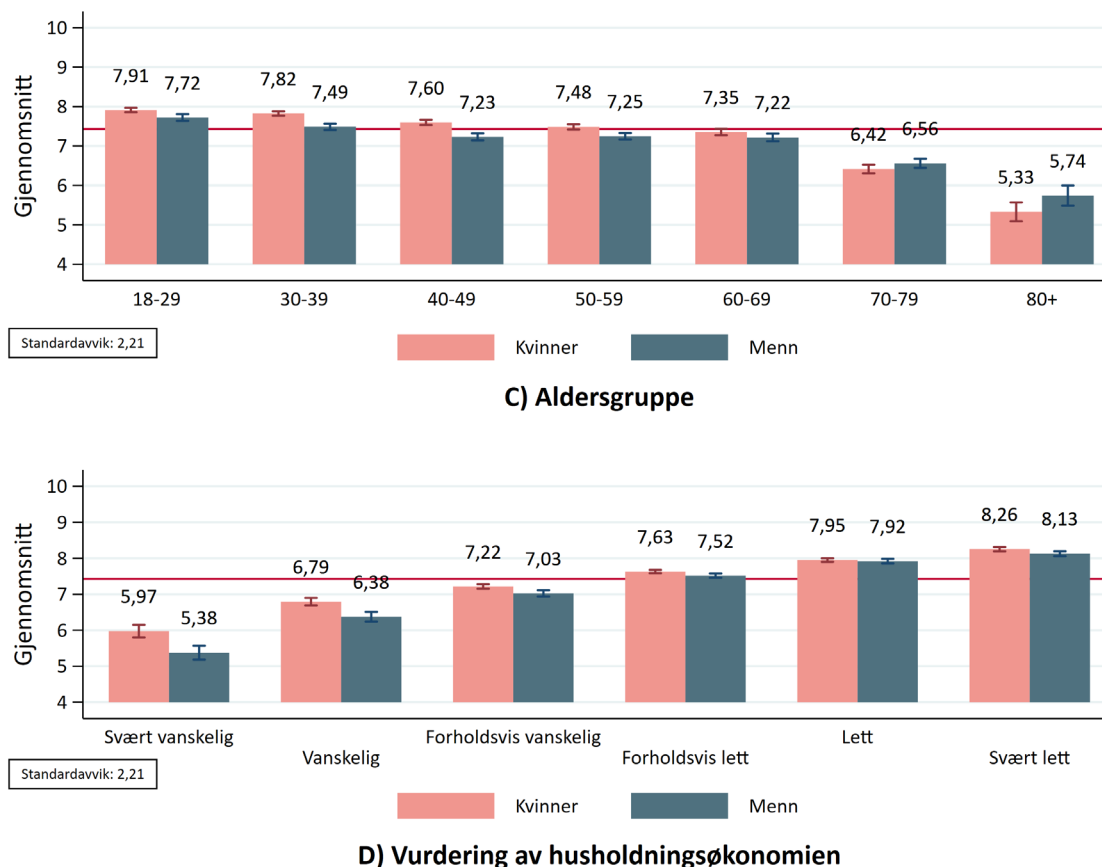
Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser forventet livstilfredshet (0–10) om fem år for bydelene i Oslo, i en modell justert for kjønn, alder og utdanningsnivå. Vestre Aker har den høyeste skåren (7,68) og Alna den laveste (7,20), en differanse på 0,48. Gitt et standardavvik på 2,21 tilsvarer dette en Cohens d på 0,22, som regnes som en liten forskjell. Samlet sett er det altså små ulikheter mellom bydelene når det gjelder fremtidsoptimisme.

Figur B) viser at forventet livstilfredshet (0–10) øker med stigende utdanningsnivå, både for kvinner og menn. Blant kvinnene går skåren fra 6,97 (videregående) til 7,70 (mer enn fire års høyere utdanning), en differanse på 0,73 som tilsvarer en Cohens d på 0,32 (middels forskjell).

Hos menn er differansen fra 6,56 (grunnskole) til 7,61 (mer enn fire års høyere utdanning) 1,05, noe som gir en Cohens d på 0,46 (middels forskjell).

Figur 29 forts.: Fremtidsoptimisme etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

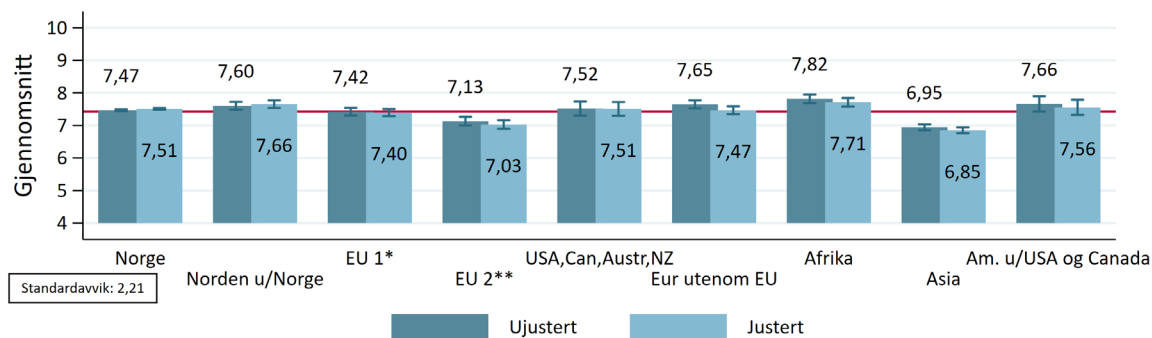


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

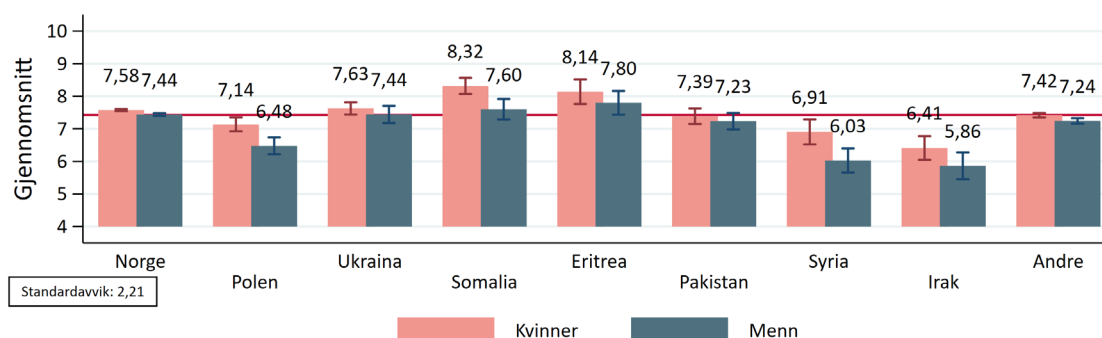
Figur C) viser forventet livstilfredshet (0–10) fordelt på kjønn og alder. Blant kvinnene er tallet høyest i aldersgruppen 18–29 (7,91) og lavest i 80+ (5,33), en differanse på 2,58 som tilsvarer en Cohens d på 1,17 (stor forskjell). Hos menn er differansen fra 7,72 (18–29) til 5,74 (80+) 1,98, noe som gir en Cohens d på 0,90 (også en stor forskjell). Disse funnene tyder på at fremtidsoptimismen avtar vesentlig med økende alder, spesielt i de eldste aldersgruppene.

Figur D) viser at forventet livstilfredshet (0–10) stiger jevnt med økende opplevelse av at husholdningsøkonomien strekker til, for både kvinner og menn. Blant kvinnene er forskjellen på 2,28 mellom «svært vanskelig» og «svært lett» tilsvarende en Cohens d på 1,03 (stor forskjell), mens menn har en differanse på 2,75 som gir en Cohens d på 1,24 (også en stor forskjell). Kvinner har noe høyere skår enn menn i de gruppene som rapporterer at det er vanskelig å få økonomien til å strekke til, men denne kjønnsforskjellen ser ut til å bli mindre i takt med bedre husholdningsøkonomi. Dermed tyder tallene på at menn har et noe større spenn i fremtidsoptimisme knyttet til økonomi enn kvinner, selv om forskjellen er stor for begge kjønn.

Figur 29 forts: Fremtidsoptimisme etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).



E) Fødelandsgruppe



F) Utvalgte fødeland og kjønn, aldersjustert

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
 *EU/EFTA frem til 2004 u/Norden
 **Nye EU-land etter 2004

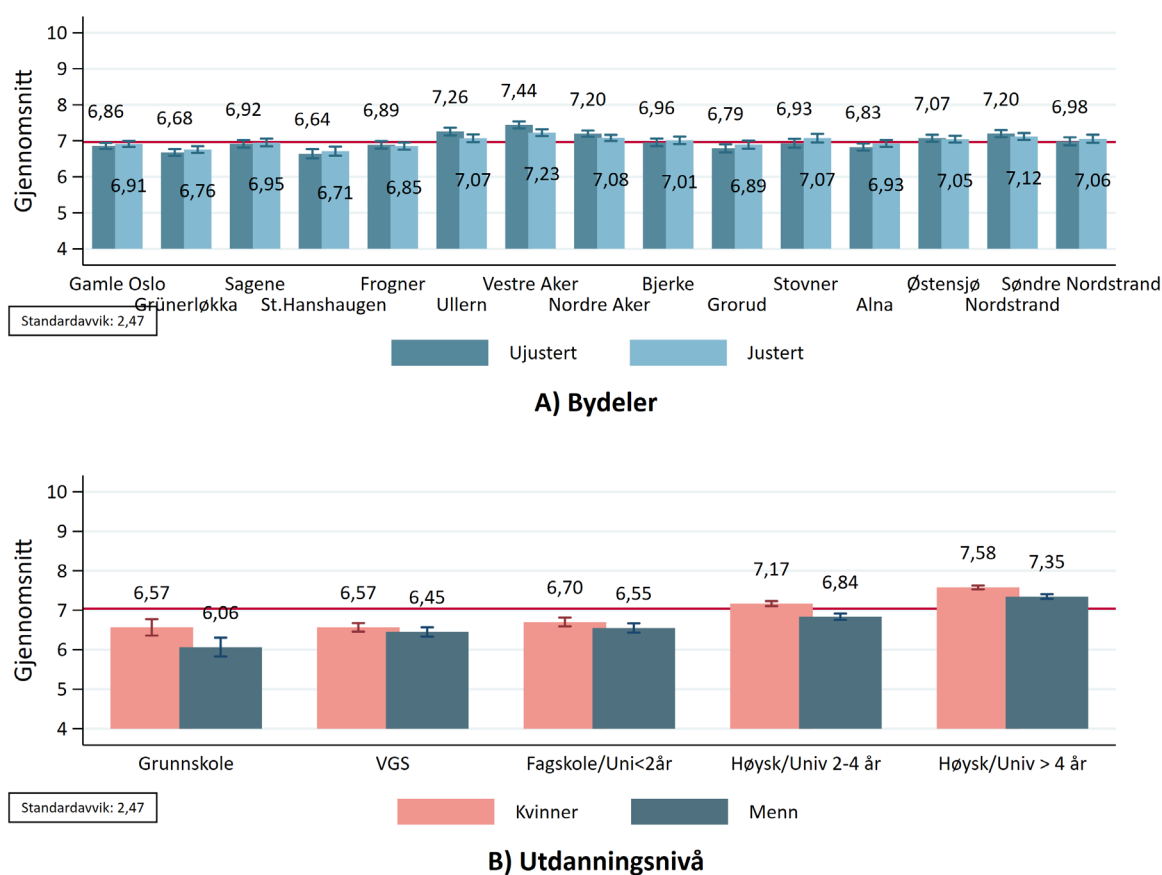
Figur E) viser forventet livstilfredshet om fem år (0–10) etter fødelandsgruppe, basert på justerte tall for kjønn og alder. De høyeste verdiene ser vi blant dem med bakgrunn fra Afrika (7,71), mens de laveste finnes i gruppen fra Asia (6,85). Forskjellen på 0,86 gir en Cohens d på 0,39, som kan tolkes som en middels forskjell. De øvrige gruppene ligger mellom disse ytterpunktene, med skårer fra rundt 7,03 til 7,66.

Figur F) viser forventet livstilfredshet (0–10) om fem år blant kvinner og menn fra ulike landbakgrunner. For kvinnene er skåren høyest for dem fra Somalia (8,32) og lavest blant dem fra Irak (6,41), en differanse på 1,90 som tilsvarer en Cohens d på 0,86 (stor forskjell). Blant menn er skåren høyest for dem fra Eritrea (7,80) og lavest blant dem fra Irak (5,86), en differanse på 1,94 og en Cohens d på 0,88 (også en stor forskjell). Dette tyder på at forventet livstilfredshet varierer betydelig mellom grupper med ulik fødelandsbakgrunn.

3.33 Det man gjør i livet er meningsfylt

Totalt 45278 deltakere av 45480 (99.6 %) hadde gyldig svar på Det man gjør i livet er meningsfylt. Gjennomsnittet for hele utvalget var **6,97** (KI95%: 6,94-6,99). Gjennomsnittet for kvinner var 7,11 (n=25315; KI95%: 7,07-7,14) og gjennomsnittet for menn var 6,82 (n=19963; KI95%: 6,78-6,86).

Figur 30: Det man gjør i livet er meningsfylt etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).

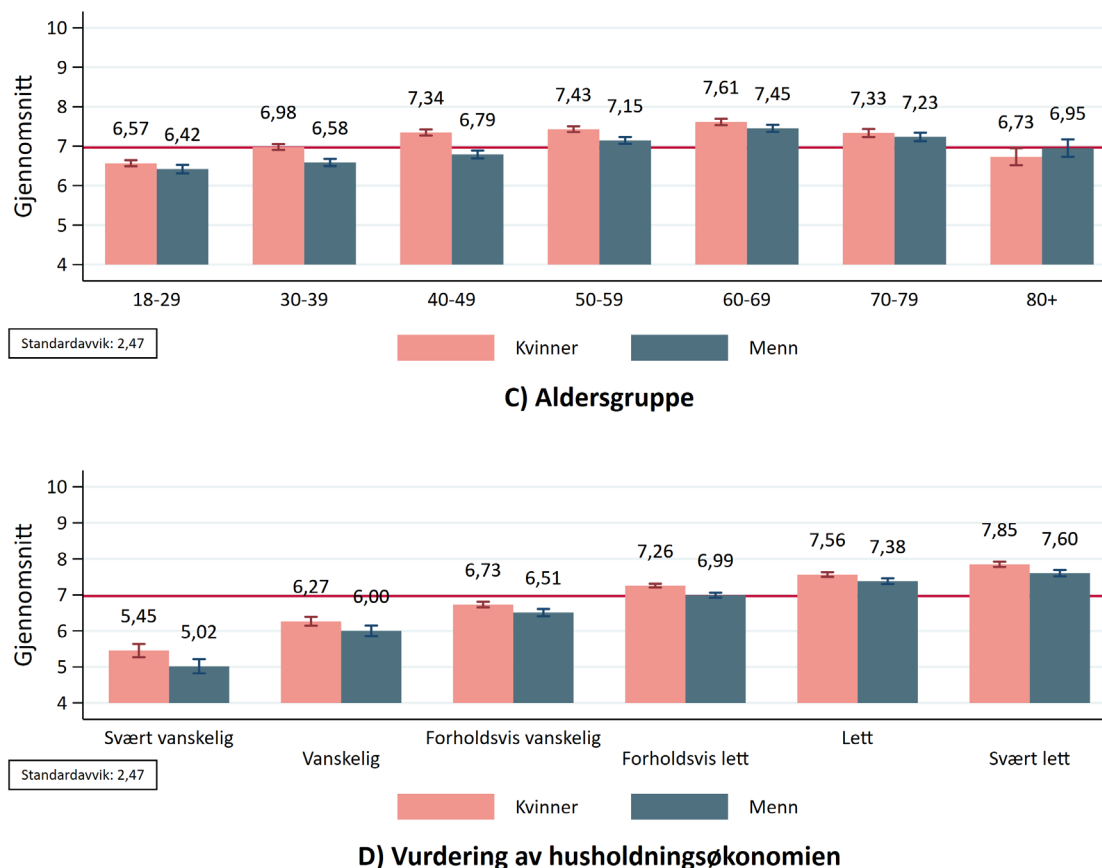


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser gjennomsnittsskår (0–10) på opplevelsen av at det man gjør i livet er meningsfylt, basert på en modell justert for kjønn, alder og utdanningsnivå. Vestre Aker ligger høyest (7,23) og St. Hanshaugen lavest (6,71), en differanse på 0,52. Gitt et standardavvik på 2,47 tilsvarer dette en Cohens d på 0,21, som kan tolkes som en liten forskjell. Samlet sett indikerer tallene at det er nokså små variasjoner mellom bydelene når det gjelder opplevelsen av mening i livet.

Figur B) viser at skåren for hvor meningsfylt man opplever livet øker jevnt med høyere utdanningsnivå, for både kvinner og menn. Blant kvinnene stiger skåren fra 6,57 (grunnskole) til 7,58 (høyere utdanning > 4 år), en differanse på 1,01 (Cohens d=0,41 – middels forskjell). Hos menn ser vi samme gradient fra 6,07 til 7,35, en differanse på 1,28, som gir en Cohens d på 0,52 (stor forskjell). Forskjellen er altså noe større blant menn, men for begge kjønn viser tallene at opplevd mening i livet øker tydelig med utdanningsnivå.

Figur 30 forts.: Det man gjør i livet er meningsfylt etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

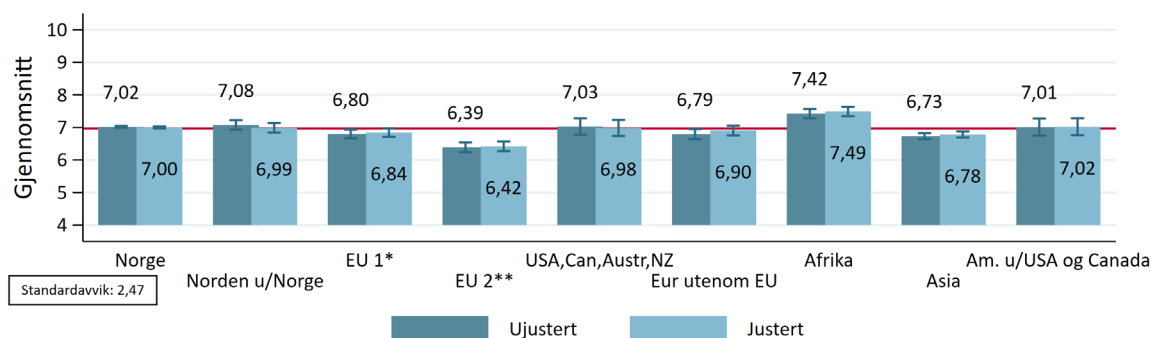


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

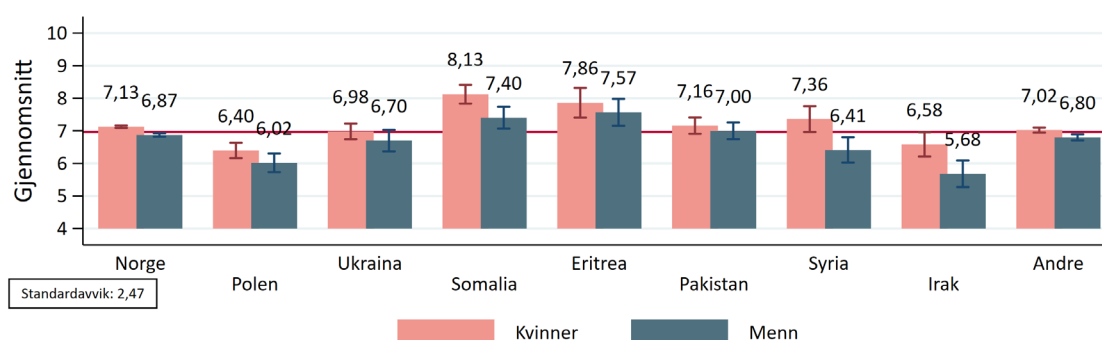
Figur C) viser gjennomsnittsskår (0–10) på opplevelsen av at det man gjør i livet er meningsfylt, fordelt på kjønn og alder. For kvinnene øker skåren fra 6,57 i alderen 18–29 til et toppnivå på 7,61 i 60–69-årsgruppen, en differanse på 1,04 som tilsvarer en Cohens d på rundt 0,42 (middels forskjell). Hos menn går skåren fra 6,42 (18–29) til 7,45 (60–69), en differanse på 1,03 (også $d \approx 0,42$ – middels forskjell). Begge kjønn opplever dermed en klar økning i opplevd mening med stigende alder frem til rundt 60–69 år. I gruppene 70–79 og 80+ synker imidlertid skåren noe for begge kjønn, men den holder seg likevel på et høyere nivå enn blant de yngste.

Figur D) viser at gjennomsnittsskåren (0–10) på opplevelsen av at det man gjør i livet er meningsfylt øker tydelig i takt med hvor lett man opplever at husholdningsøkonomien strekker til, for både kvinner og menn. Blant kvinnene stiger skåren fra 5,45 (svært vanskelig) til 7,85 (svært lett), en differanse på 2,40 som gir en Cohens d på omtrent 0,97 (stor forskjell). Hos menn er tilsvarende differanse fra 5,02 til 7,60, altså 2,58, noe som tilsvarer en Cohens d på om lag 1,04 (også en stor forskjell). Kvinner ligger litt høyere enn menn på alle økonominivåer, men effektene av husholdningsøkonomien på opplevelsen av mening i livet er store for begge kjønn.

Figur 30 forts: Det man gjør i livet er meningsfylt etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).



E) Fødelandsgruppe



F) Utvalgte fødeland og kjønn, aldersjustert

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
 *EU/EFTA frem til 2004 u/Norden
 **Nye EU-land etter 2004

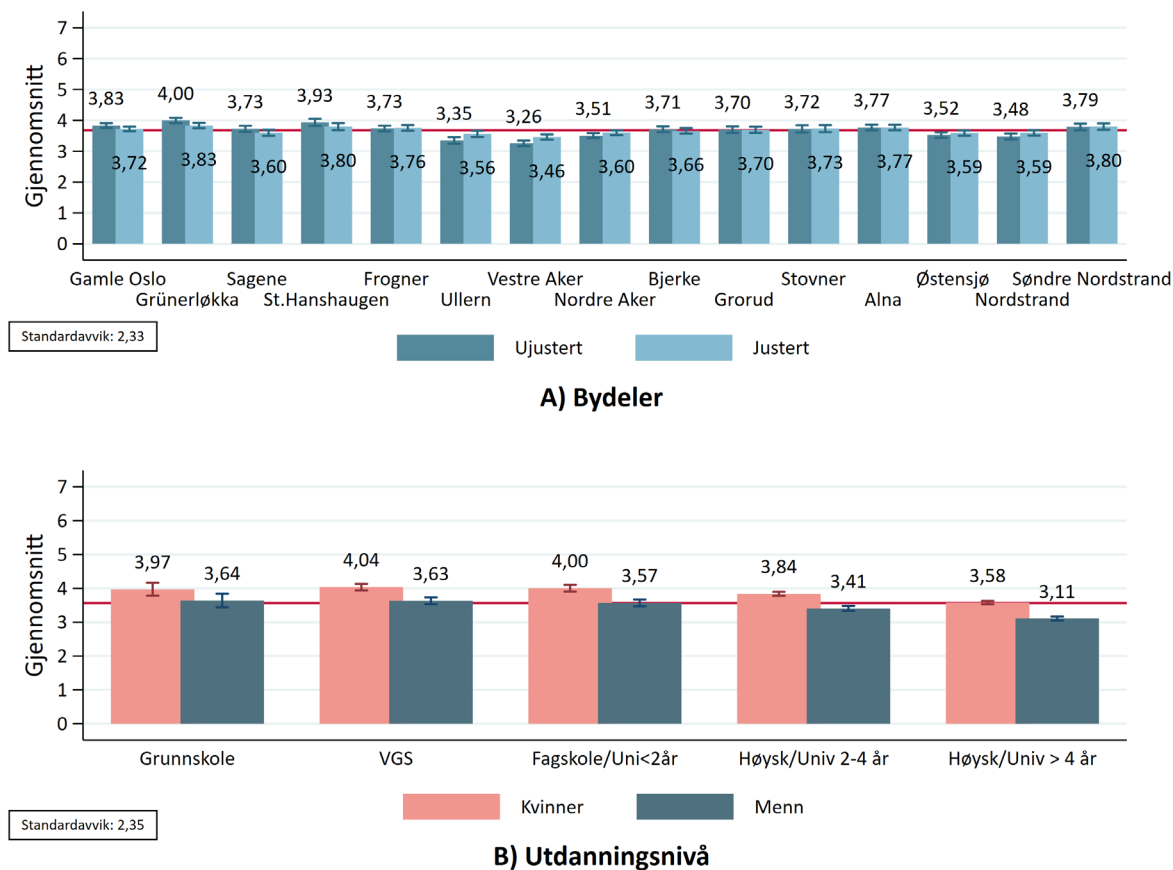
Figur E) viser gjennomsnittsskår (0–10) på opplevelsen av at det man gjør i livet er meningsfylt, etter fødelandsgruppe, basert på justerte tall for kjønn og alder. Blant dem som er født i Afrika finner vi den høyeste skåren (7,49), mens deltakere fra nye EU-land etter 2004 ligger lavest (6,42). Forskjellen på 1,07, i lys av et standardavvik på 2,47, tilsvarer en Cohens d på om lag 0,43 (middels forskjell). De øvrige landgruppene ligger mellom disse to ytterpunktene, og undersøkelsen indikerer med andre ord moderate variasjoner i opplevd livsmening basert på fødelandsbakgrunn.

Figur F) viser at opplevelsen av mening i livet (0–10) varierer mellom ulike landbakgrunner, for både kvinner og menn. Blant kvinnene er skåren høyest hos dem fra Somalia (8,13) og lavest hos dem fra Polen (6,40), en differanse på 1,73 som tilsvarer en Cohens d på omtrent 0,70 (stor forskjell). For menn ser vi den høyeste skåren blant dem fra Eritrea (7,57) og den laveste blant dem fra Irak (5,68), en differanse på 1,89 (Cohens d ≈ 0,76 – også stor forskjell). Dette tyder på at det er vesentlige variasjoner i opplevelsen av mening i livet når vi ser på kjønn og fødelandsbakgrunn i kombinasjon.

3.34 Negative følelser siste 7 dager

Totalt 45367 deltakere av 45480 (99.8 %) hadde gyldig svar på Negative følelser siste 7 dager. Gjennomsnittet for hele utvalget var **3,68** (KI95%: 3,66-3,71). Gjennomsnittet for kvinner var 3,91 (n=25361; KI95%: 3,88-3,94) og gjennomsnittet for menn var 3,45 (n=20006; KI95%: 3,41-3,49).

Figur 31: Negative følelser siste 7 dager etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).

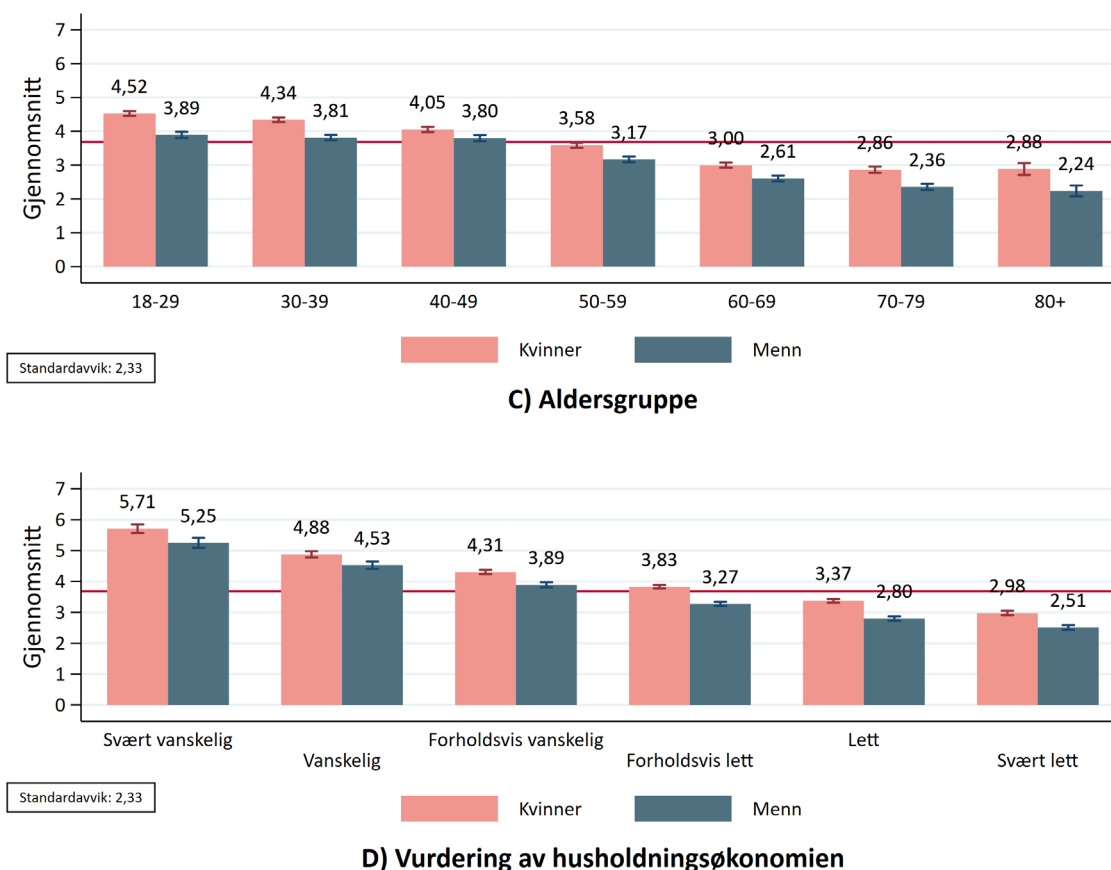


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser gjennomsnittsskår (0–10) på negative følelser siste uke, basert på en modell justert for kjønn, alder og utdanningsnivå. Grünerløkka har den høyeste skåren (3,83) og Vestre Aker den laveste (3,46), en differanse på 0,37. Med et standardavvik på 2,33 gir dette en Cohens d på omtrent 0,16, som tolkes som en liten forskjell. Dette indikerer at nivået av negative følelser varierer relativt lite mellom bydelene.

Figur B) viser gjennomsnittsskår (0–10) på negative følelser siste uke etter kjønn og utdanningsnivå. For både kvinner og menn ser vi at negative følelser avtar noe med stigende utdanning, men forskjellene er små. Blant kvinnene går skåren fra 4,04 (videregående) til 3,58 (høyere utdanning > 4 år), en differanse på 0,46 som gir en Cohens d på om lag 0,20 (liten forskjell). Hos menn er tilsvarende differanse 0,53 (fra 3,64 til 3,11), noe som tilsvarer en Cohens d på omtrent 0,23 (også en liten forskjell). Samlet sett er negative følelser noe lavere blant dem som har lengst utdanning, men variasjonene over utdanningsnivå er beskjedne for begge kjønn.

Figur 31 forts.: Negative følelser siste 7 dager etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

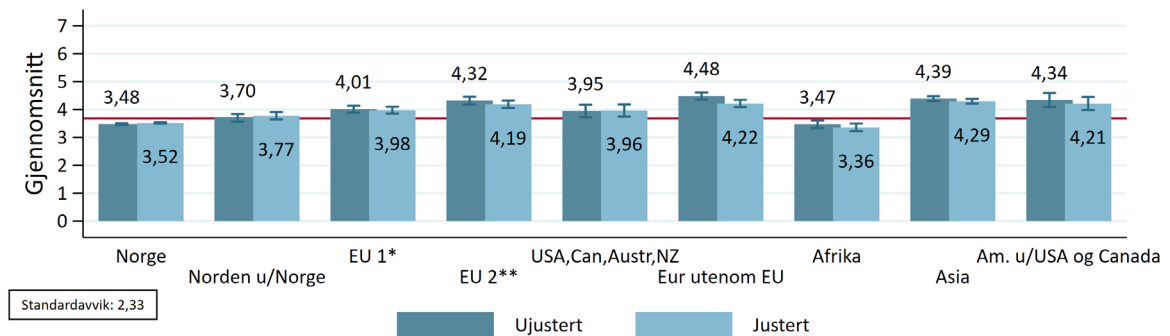


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

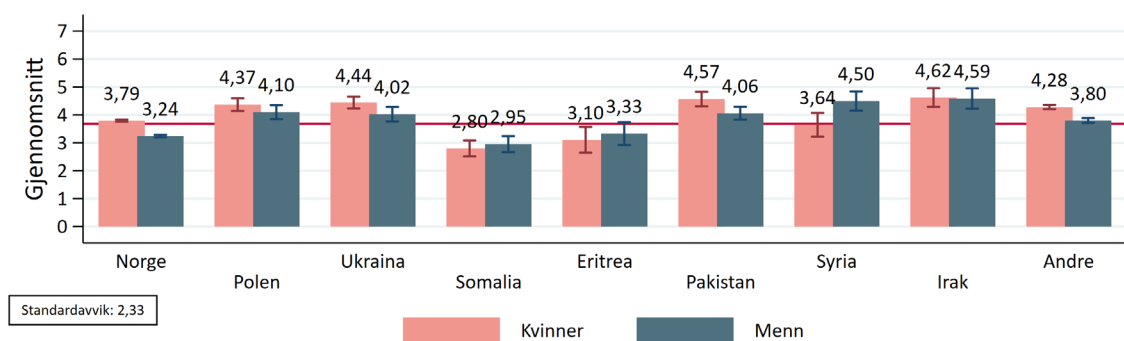
Figur C) viser at skåren for negative følelser (0–10) avtar markant med alderen, for både kvinner og menn. Hos kvinnene synker den fra 4,52 i aldersgruppen 18–29 til 2,88 i 80+, en reduksjon på 1,64, noe som tilsvarer en Cohens d på om lag 0,70 (stor forskjell). Blant menn går den fra 3,89 (18–29) til 2,24 (80+), en differanse på 1,65 som gir en Cohens d på rundt 0,71 (også en stor forskjell). Disse tallene viser at negative følelser siste uke er høyest blant de yngste og blir betydelig lavere i eldre aldersgrupper, uavhengig av kjønn, selv om kvinner jevnt ligger noe høyere enn menn.

Figur D) viser at skåren for negative følelser (0–10) synker markant etter hvert som husholdningsøkonomien oppleves som bedre, for både kvinner og menn. Blant kvinnene går den fra 5,71 i gruppen «svært vanskelig» til 2,98 i «svært lett», en differanse på 2,73 som gir en Cohens d på om lag 1,17 (stor forskjell). Hos menn er tilsvarende tall 5,25 og 2,51, altså en differanse på 2,74 (Cohens d ≈ 1,18 – også stor forskjell). Dette understreker at opplevelsen av økonomiske vansker henger sammen med mer utpregede negative følelser siste uke, og effekten er stor for begge kjønn.

Figur 31 forts: Negative følelser siste 7 dager etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).



E) Fødelandsgruppe



F) Utvalgte fødeland og kjønn, aldersjustert

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
 *EU/EFTA frem til 2004 u/Norden
 **Nye EU-land etter 2004

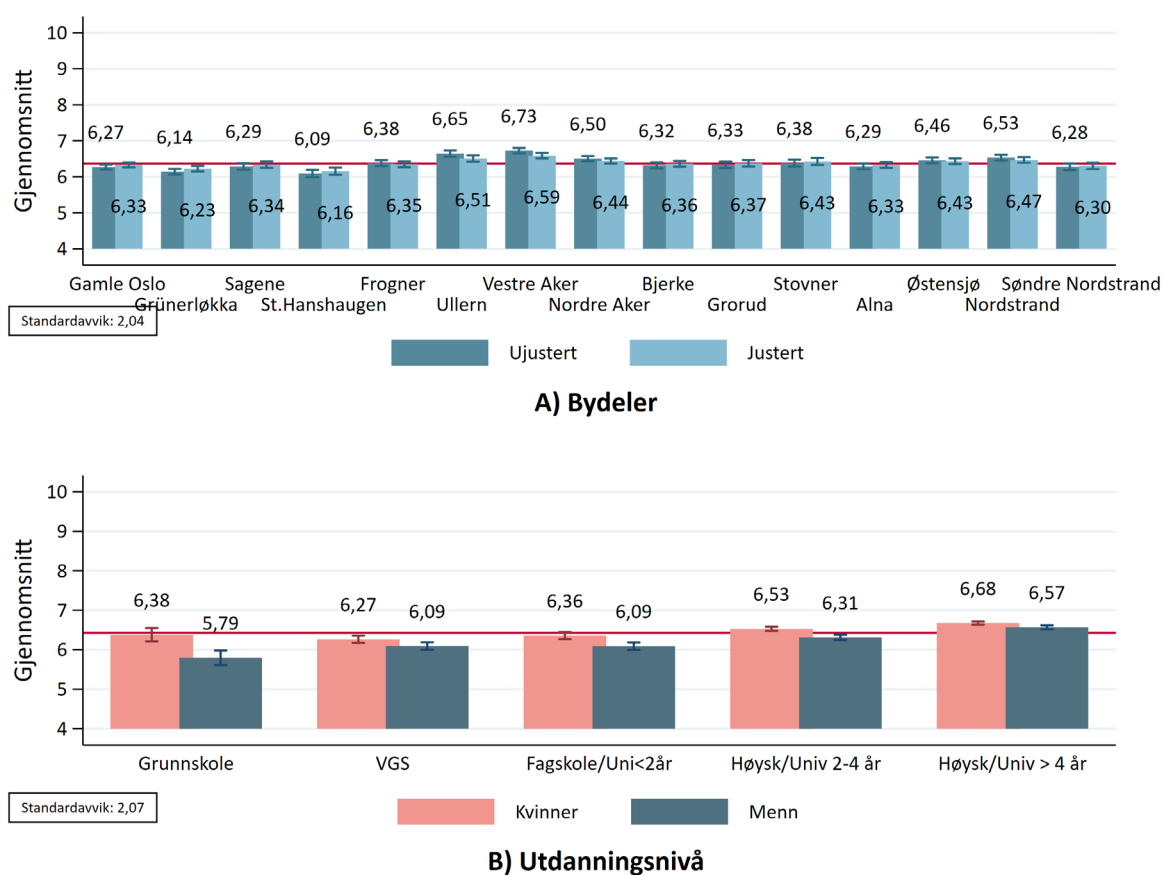
Figur E) viser gjennomsnittsskår (0–10) for negative følelser siste uke, justert for kjønn og alder. Den høyeste skåren finner vi blant dem med bakgrunn fra Asia (4,29), mens deltakere fra Afrika ligger lavest (3,36). Differansen mellom disse to gruppene er dermed 0,93, som gir en Cohens d på omtrent 0,40 (middels forskjell). De øvrige landgruppene fordeler seg mellom disse ytterpunktene, noe som tyder på at negative følelser varierer moderat basert på fødelandsbakgrunn.

Figur F) viser negative følelser (0–10) siste uke blant kvinner og menn fra ulike landbakgrunner. For kvinnene er skåren høyest hos dem fra Irak (4,62) og lavest hos dem fra Somalia (2,80), en differanse på 1,82 som tilsvarer en Cohens d på rundt 0,78 (stor forskjell). Blant menn er skåren høyest blant dem fra Irak (4,59) og lavest blant dem fra Somalia (2,95), en differanse på 1,64 (Cohens $d \approx 0,70$ – også stor forskjell). Disse tallene viser at negative følelser varierer betydelig mellom ulike fødelandsbakgrunner, og forskjellene er nokså like på tvers av kjønn.

3.35 Positive følelser siste 7 dager

Totalt 45364 deltakere av 45480 (99.7 %) hadde gyldig svar på Positive følelser siste 7 dager. Gjennomsnittet for hele utvalget var **6,37** (KI95%: 6,35-6,39). Gjennomsnittet for kvinner var 6,46 (n=25363; KI95%: 6,43-6,48) og gjennomsnittet for menn var 6,28 (n=20001; KI95%: 6,24-6,31).

Figur 32: Positive følelser siste 7 dager etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).

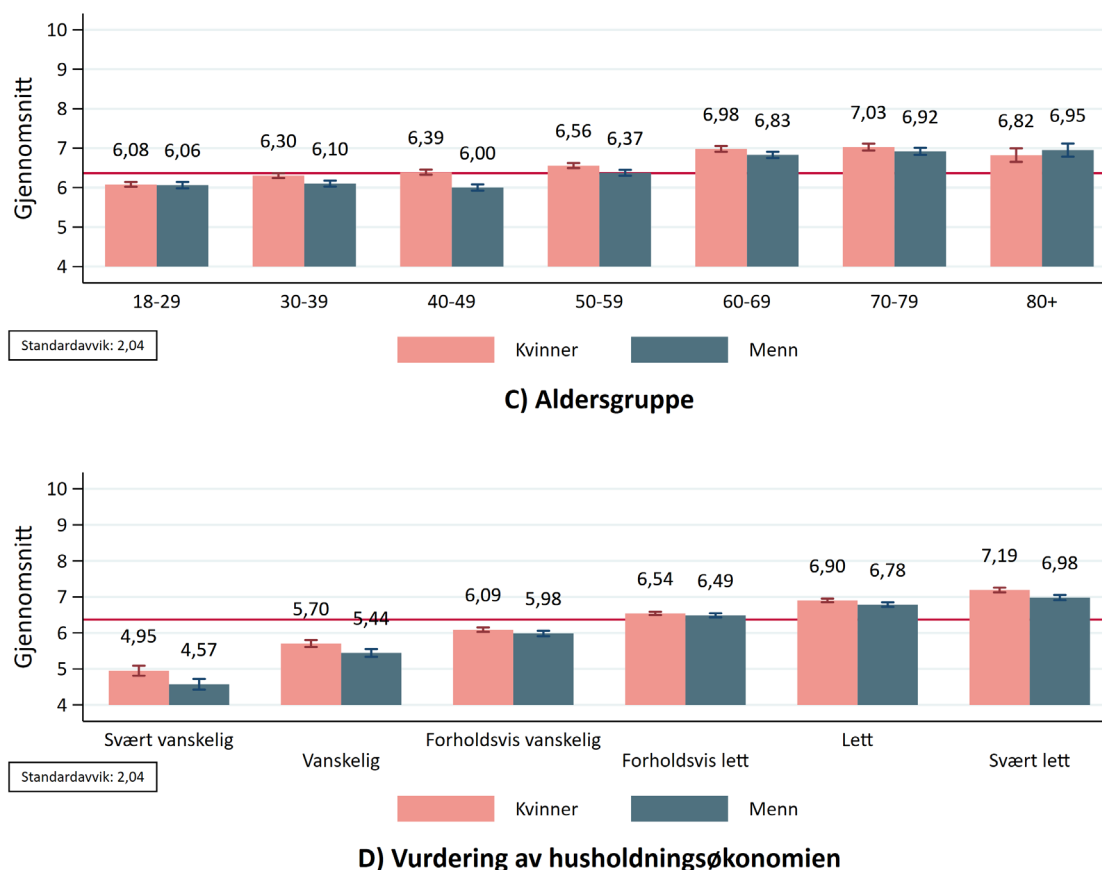


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser gjennomsnittsskår (0–10) på positive emosjoner siste uke, etter bydel i Oslo, basert på en modell justert for kjønn, alder og utdanningsnivå. Vestre Aker har den høyeste skåren (6,59), mens St. Hanshaugen ligger lavest (6,16), en differanse på 0,43. Med et standardavvik på 2,04 gir dette en Cohens d på rundt 0,21 (liten forskjell). Samlet sett er det altså små forskjeller mellom bydelene når det gjelder opplevelsen av positive følelser siste syv dager.

Figur B) viser at skåren for positive følelser (0–10) siste uke stiger med økende utdanning, for både kvinner og menn. Blant kvinnene går verdien fra om lag 6,27 (videregående) til 6,68 (høyskole/universitet > 4 år), en differanse på 0,41 som tilsvarer en Cohens d på rundt 0,20 (liten forskjell). Hos menn ser vi en økning fra 5,79 (grunnskole) til 6,57 (høyskole/universitet > 4 år), en differanse på 0,78 (Cohens d≈0,38 – middels forskjell). Dette tyder på at positive emosjoner øker jevnt med utdanningsnivå for begge kjønn, men at effekten er sterkere hos menn.

Figur 32 forts.: Positive følelser siste 7 dager etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

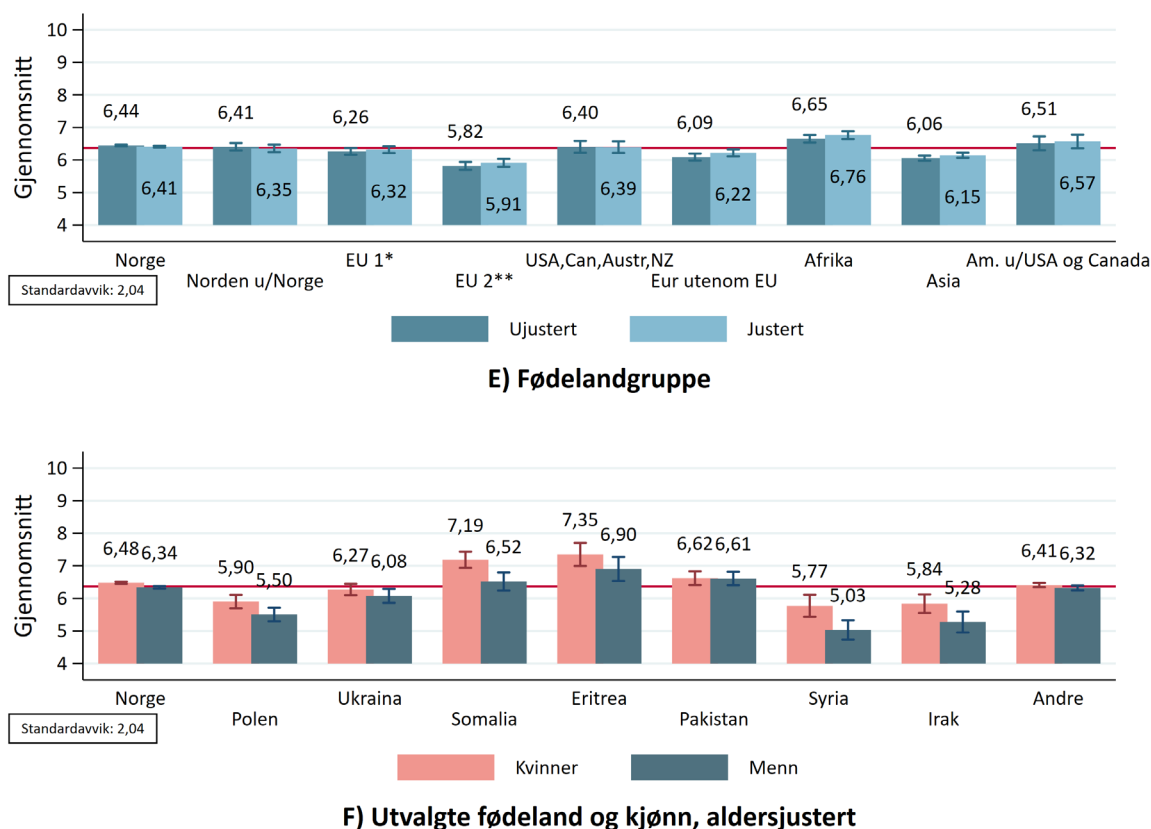


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur C) viser at skåren for positive følelser (0–10) siste uke øker med alderen for både kvinner og menn. For kvinnene stiger den fra 6,08 i alderen 18–29 til 7,03 i 70–79-årsgruppen, en økning på 0,95 (Cohens $d=0,46$ – middels forskjell). Hos menn går den fra 6,06 (18–29) til 6,95 (80+), en differanse på 0,89 ($d \approx 0,44$ – også middels forskjell). Etter 70–79 ser vi en liten nedgang igjen for kvinnene (6,82 i 80+), men nivået er fortsatt høyere enn i de yngste aldersgruppene. Samlet viser tallene at positive følelser øker jevnt med stigende alder, og kjønnsforskjellene er beskjedne.

Figur D) viser en tydelig økning i positive følelser (0–10) siste uke i takt med at husholdningsøkonomien oppleves som bedre, for både kvinner og menn. Blant kvinnene stiger skåren fra 4,95 (svært vanskelig) til 7,19 (svært lett), en differanse på 2,24 som tilsvarer en Cohens d på om lag 1,10 (stor forskjell). Hos menn går skåren fra 4,57 til 6,98, altså 2,41 i differanse og en Cohens d på omtrent 1,18 (også stor forskjell). Dermed fremstår opplevd økonomi som en viktig faktor for positive emosjoner, og effekten er stor for begge kjønn.

Figur 32 forts: Positive følelser siste 7 dager etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).



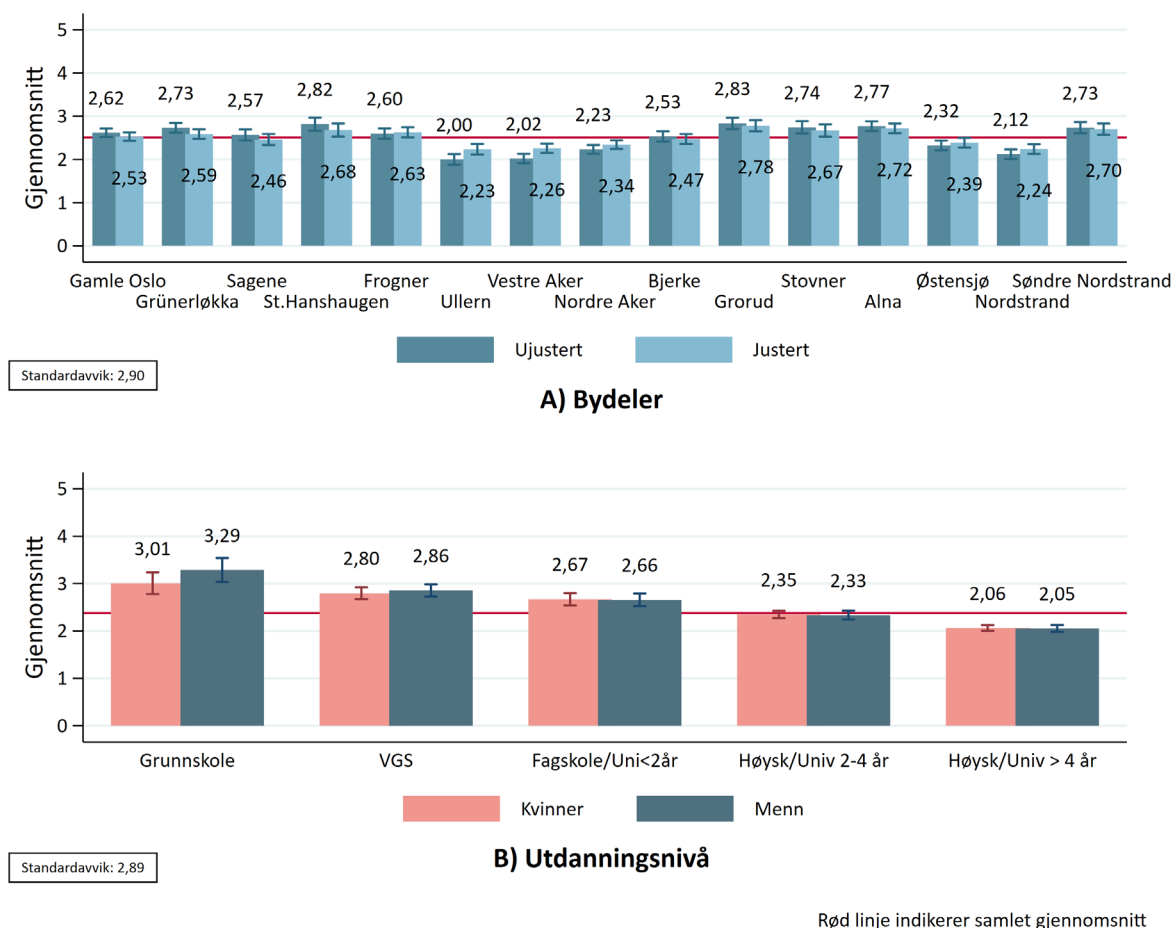
Figur E) viser gjennomsnittsskår (0–10) for positive følelser siste uke, justert for kjønn og alder, fordelt på fødelandsgruppe. Her finner vi høyest skår blant deltakere fra Afrika (6,76) og lavest blant dem fra nye EU-land etter 2004 (5,91). Differansen på 0,85, med et standardavvik på 2,04, gir en Cohens d på 0,42 (middels forskjell). De øvrige landgruppene fordeler seg mellom disse ytterpunktene, noe som tyder på at positive emosjoner varierer moderat med hensyn til fødelandsbakgrunn.

Figur F) viser gjennomsnittsskår (0–10) på positive følelser siste uke blant kvinner og menn fra utvalgte fødeland. For kvinnene er skåren høyest hos dem fra Eritrea (7,35) og lavest hos dem fra Syria (5,77), en differanse på 1,58 som tilsvarer en Cohens d på omtrent 0,77 (stor forskjell). Blant menn er skåren høyest i gruppen fra Eritrea (6,90) og lavest hos dem fra Syria (5,03), en differanse på 1,87 (Cohens $d \approx 0,92$ – også stor forskjell). Dette tyder på at opplevelsen av positive emosjoner varierer tydelig med fødelandsbakgrunn, og denne forskjellen er nokså lik for kvinner og menn når vi sammenligner ytterpunktene.

3.36 Ensomhet

Totalt 45280 deltakere av 45480 (99.6 %) hadde gyldig svar på Ensomhet. Gjennomsnittet for hele utvalget var **2,51** (KI95%: 2,47-2,54). Gjennomsnittet for kvinner var 2,48 (n=25311; KI95%: 2,44-2,51) og gjennomsnittet for menn var 2,54 (n=19969; KI95%: 2,49-2,59).

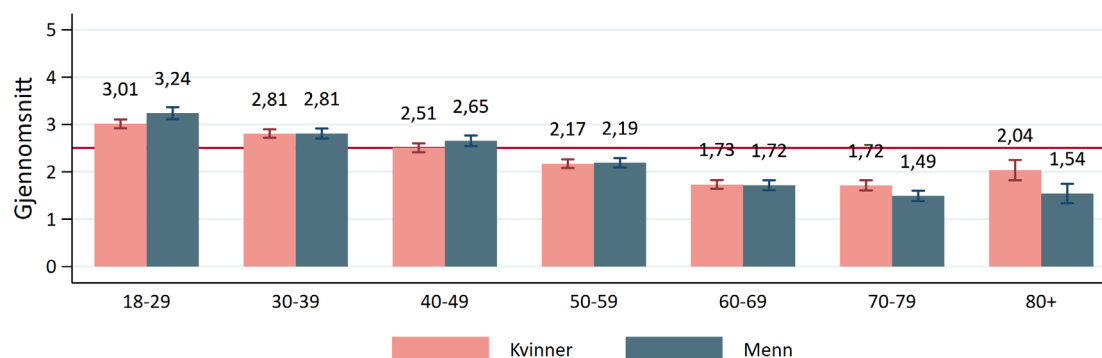
Figur 33: Ensomhet etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).



Figur A) viser gjennomsnittlig ensomhetsskår (0–10) etter bydeler i Oslo i en modell justert for kjønn, alder og utdanningsnivå. Gjennomsnittet er høyest i bydel Grorud og lavest i bydel Ullern, og forskjellen mellom disse to bydelene tilsvarer en Cohens d på 0,29 (ujustert) og 0,19 (justert), som kan tolkes som en liten til middels forskjell. De øvrige bydelene fordeler seg nokså tett rundt fylkesgjennomsnittet, og mange skiller seg ikke signifikant fra hverandre når vi ser på konfidensintervallene.

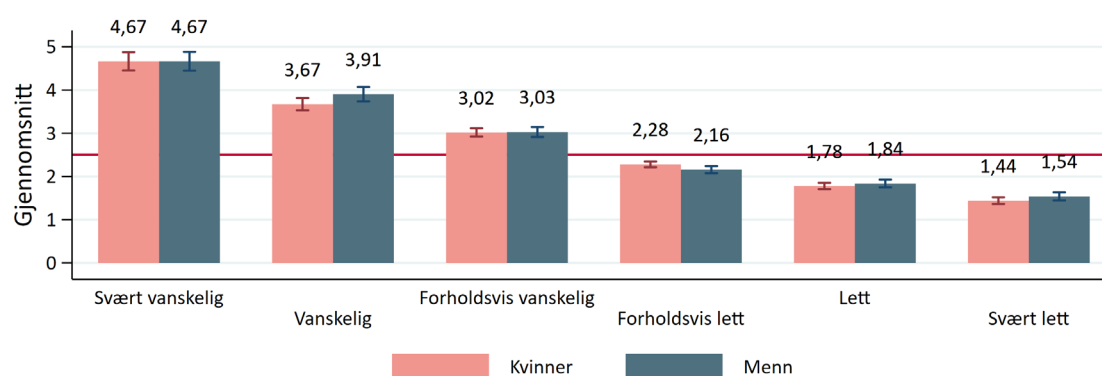
Figur B) viser gjennomsnittlig ensomhet (0–10) etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinnene er ensomhetsskåren høyest for dem med grunnskoleutdanning og lavest for dem med over fire års høyere utdanning, en forskjell som tilsvarer en Cohens d på 0,33 (middels størrelse). For menn er samme tendens enda tydeligere, med høyest skår for dem med grunnskoleutdanning og lavest for dem med over fire års høyere utdanning (Cohens d=0,43 – også middels forskjell). De øvrige utdanningsgruppene fordeler seg relativt tett mellom disse ytterpunktene.

Figur 33 forts.: Ensomhet etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Standardavvik: 2,90

C) Aldersgruppe



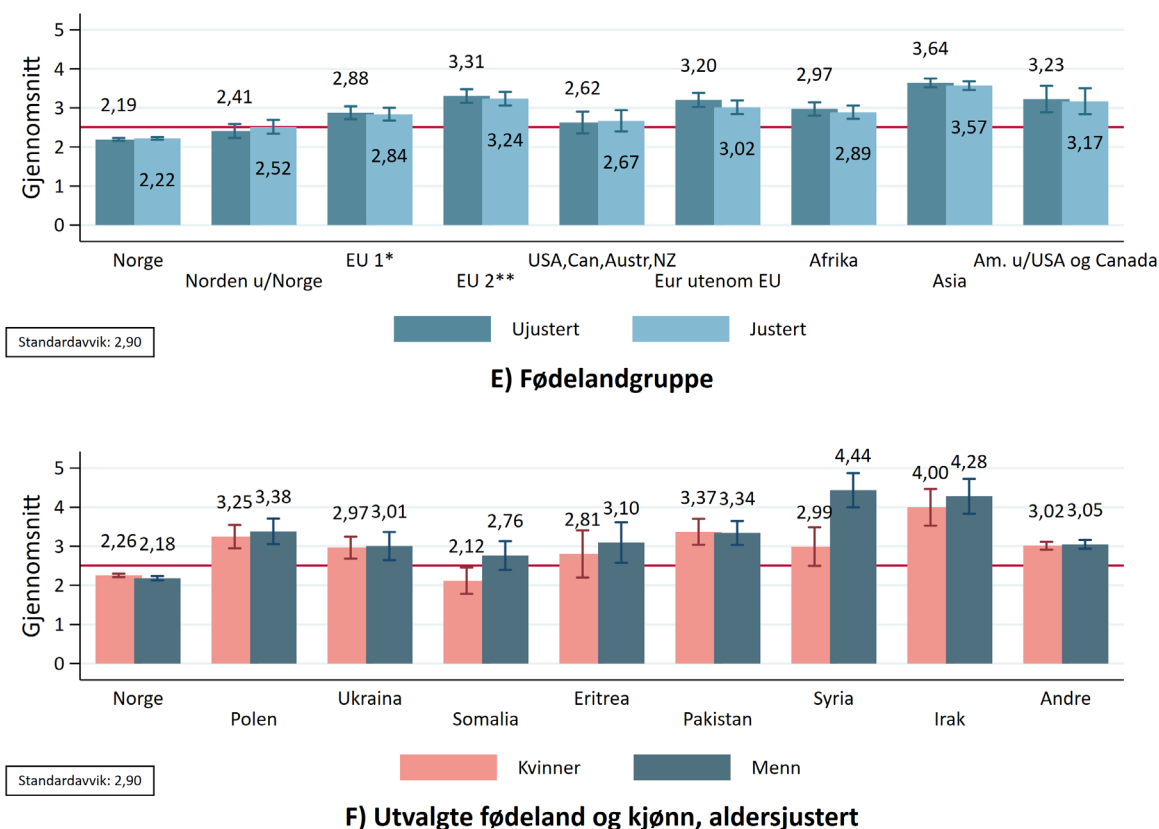
Standardavvik: 2,90

D) Vurdering av husholdningsøkonomien

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur C) viser gjennomsnittlig ensomhetsskår (0–10) etter kjønn og alder. Både blant kvinner og menn er ensomhetsskåren høyest i den yngste aldersgruppen (18–29 år) og avtar tydelig med økende alder. For kvinner tilsvarer forskjellen mellom yngste og aldersgruppen 70–79 en middels effektstørrelse (Cohens $d=0,45$), mens reduksjonen blant menn i samme aldersspenn er enda større (Cohens $d=0,60$). I den eldste aldersgruppen (80+) ser vi en liten økning igjen for kvinnene, men nivået er fremdeles lavere enn i de yngste aldersgruppene.

Figur D) viser gjennomsnittlig ensomhetsskår (0–10) etter kjønn og hvor enkelt eller vanskelig det er å få husholdningsøkonomien til å strekke til. Blant både kvinner og menn ser vi at ensomhetsskåren er høyest i gruppen som oppgir at det er «svært vanskelig» å få pengene til å strekke til, og synker gradvis mot de som oppgir at det er «svært lett». Forskjellen mellom disse ytterpunktene tilsvarer en Cohens d på drøyt 1,0 for begge kjønn, noe som kan tolkes som en stor effektstørrelse. De øvrige gruppene ligger nokså jevnt fordelt mellom disse ytterpunktene, men med en klar tendens til lavere ensomhetsskår blant dem som opplever økonomien som mindre utfordrende.

Figur 33 forts: Ensomhet etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).

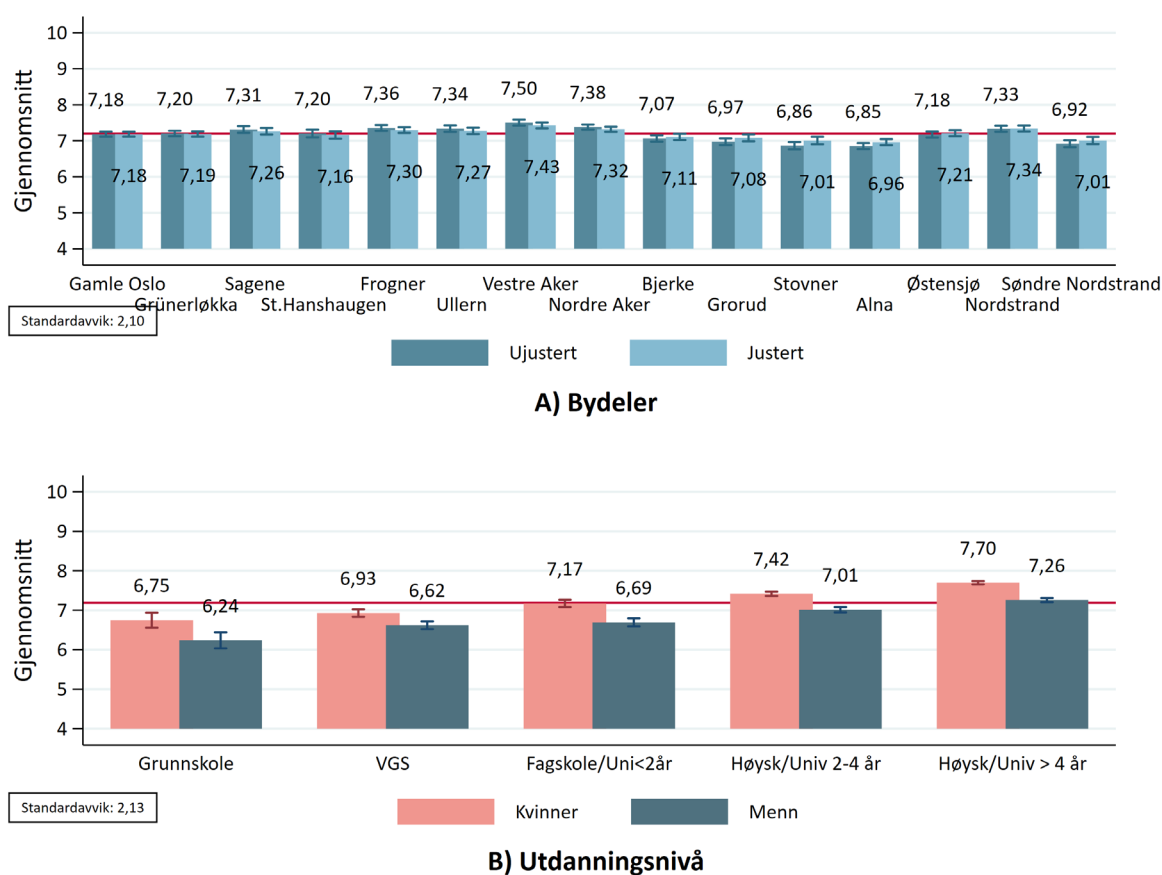
Figur E) viser gjennomsnittlig ensomhetsskår (0–10) etter fødelandsgruppe i en modell justert for kjønn og alder. Den høyeste skåren finnes blant personer med bakgrunn fra Asia, mens de som er født i Norge ligger lavest. Forskjellen mellom disse to ytterpunktene (justerte tall) tilsvarer en Cohens d på om lag 0,47, som kan tolkes som en middels effektstørrelse. Noen grupper har verdier som overlapper i konfidensintervallene, men vi ser også flere signifikante forskjeller. At ensomheten varierer mellom fødelandsgrupper kan indikere et spesielt behov for tiltak eller oppfølging rettet mot de gruppene med høyest ensomhetsnivå.

Figur F) viser gjennomsnittlig ensomhetsskår (0–10) blant kvinner og menn fra utvalgte fødeland. Blant kvinnene er skåren høyest for dem med bakgrunn fra Irak (nesten 4,0) og lavest blant de som er født i Norge (2,26). Denne differansen utgjør en Cohens d på omtrent 0,60, som kan tolkes som en stor forskjell. Hos menn er skåren høyest for dem med bakgrunn fra Syria (4,44) og lavest blant de som er født i Norge (2,18). Dette tilsvarer en Cohens d på rundt 0,78, som også er en stor forskjell. Tallene viser at både hos kvinner og menn er ensomhetsskåren særlig høy i noen av gruppene med innvandrerbakgrunn.

3.37 Støttende og givende sosiale relasjoner

Totalt 45154 deltakere av 45480 (99.3 %) hadde gyldig svar på Støttende og givende sosiale relasjoner. Gjennomsnittet for hele utvalget var **7,20** (KI95%: 7,18-7,22). Gjennomsnittet for kvinner var 7,44 (n=25248; KI95%: 7,41-7,47) og gjennomsnittet for menn var 6,96 (n=19906; KI95%: 6,92-6,99).

Figur 34: Støttende og givende sosiale relasjoner etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).

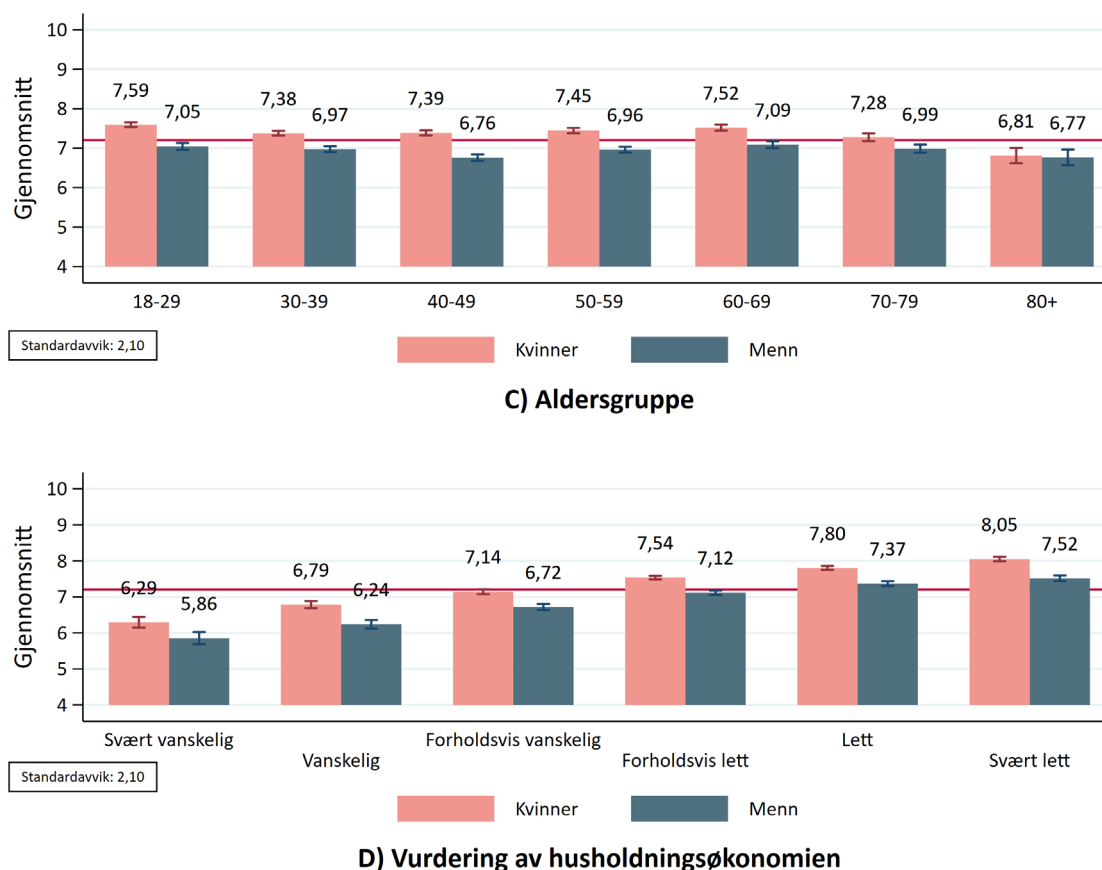


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser gjennomsnittsskår (0–10) på støttende og givende sosiale relasjoner, basert på en modell justert for kjønn, alder og utdanningsnivå. Vestre Aker ligger høyest (7,43), mens Alna har lavest skår (6,96). Denne differansen på 0,47, sett i lys av et standardavvik på 2,10, gir en Cohens d på rundt 0,22 (liten forskjell). Samlet sett er det altså små variasjoner mellom bydelene når det gjelder opplevelsen av sosiale relasjoner og engasjement i andres livskvalitet.

Figur B) viser at skåren for støttende og givende sosiale relasjoner (0–10) øker jevnt med høyere utdanning, for både kvinner og menn. Blant kvinnene stiger skåren fra 6,75 (grunnskole) til 7,70 (høyskole/universitet > 4 år), en differanse på 0,95 som tilsvarer en Cohens d på om lag 0,45 (middels forskjell). Hos menn går den fra 6,24 til 7,26, altså 1,02 i differanse (Cohens d≈0,48 – også en middels forskjell). Dette indikerer at jo høyere utdanning, desto sterkere opplever man sine sosiale relasjoner som støttende og givende, og effekten er stort sett lik for kvinner og menn, selv om kvinner jevnt over opplever sine sosiale relasjoner som noe mer støttende og givende enn menn.

Figur 34 forts.: Støttende og givende sosiale relasjoner etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

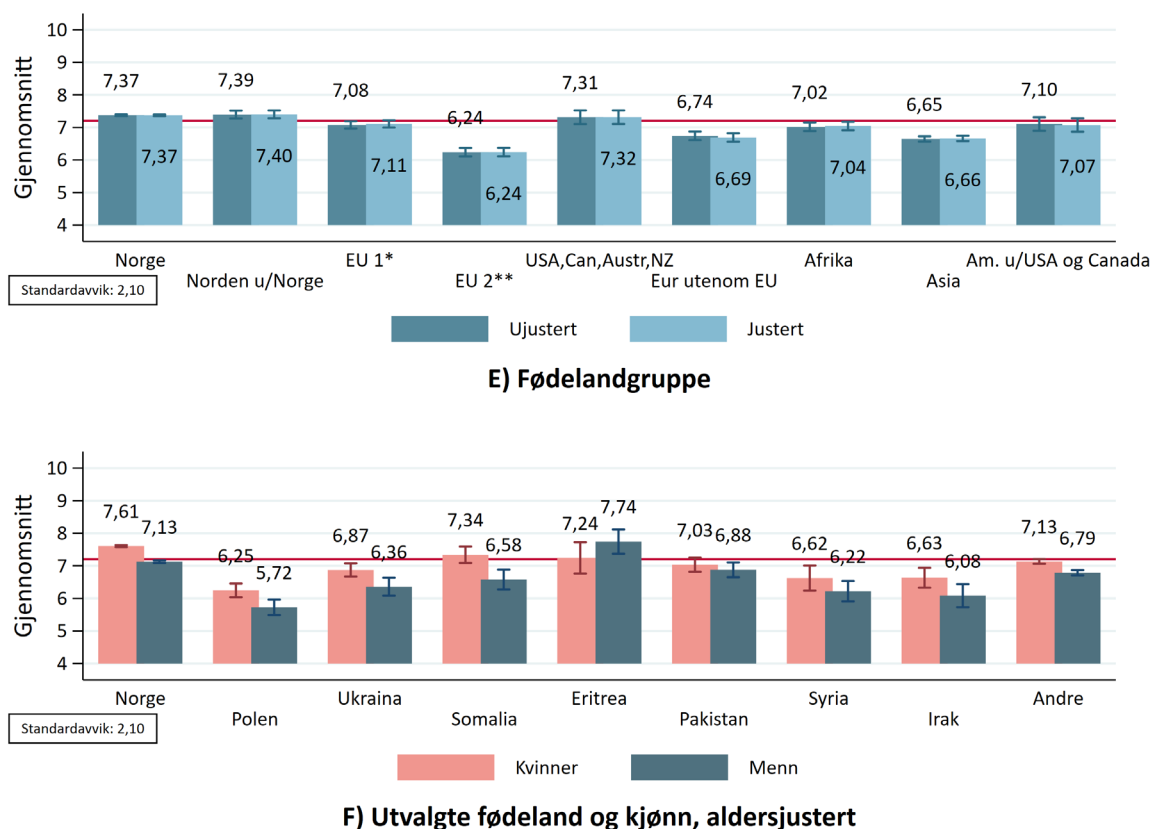


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur C) viser gjennomsnittsskår (0–10) på opplevelsen av støttende og givende sosiale relasjoner etter kjønn og alder. For kvinnene er skåren høyest i aldersgruppen 18–29 (7,59) og lavest i 80+ (6,81), en differanse på 0,78 som tilsvarer en Cohens d på omtrent 0,37 (middels forskjell). Hos menn finner vi høyest skår i 60–69-årsgruppen (7,09) og lavest i 40–49-årsalderen (6,76), med en differanse på 0,33 ($d=0,16$ – liten forskjell). Samlet sett ligger nivået av støttende og givende sosiale relasjoner relativt høyt i alle aldersgruppene for begge kjønn, men toppunktet er litt ulikt plassert for kvinner og menn.

Figur D) viser hvordan skåren (0–10) på støttende og givende sosiale relasjoner øker i takt med en mer positiv opplevelse av husholdningsøkonomien, for både kvinner og menn. For kvinnene stiger den fra 6,29 (svært vanskelig) til 8,05 (svært lett), en differanse på 1,76 som tilsvarer en Cohens d på om lag 0,84 (stor forskjell). Hos menn er forskjellen fra 5,86 til 7,52, altså 1,66 i differanse, noe som gir en Cohens d på rundt 0,79 (også stor forskjell). Dermed ser vi en klar sammenheng mellom opplevd økonomisk situasjon og opplevelsen av støttende, givende sosiale relasjoner, og effekten er stor for begge kjønn. Kjønnforskjellene er stabile på alle trinn av vurdert husholdningsøkonomi, i favør av at kvinner skårer høyere enn menn.

Figur 34 forts: Støttende og givende sosiale relasjoner etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).



Figur E) viser gjennomsnittsskår (0–10) på støttende og givende sosiale relasjoner, justert for kjønn og alder, fordelt på fødelandsgruppe. Den høyeste skåren ser vi blant dem fra Norden utenom Norge (7,40), mens gruppen fra nye EU-land etter 2004 ligger lavest (6,24). Forskjellen på 1,16, opp mot et standardavvik på 2,10, gir en Cohens d på omtrent 0,55, som regnes som en stor forskjell. De øvrige landgruppene fordeler seg mellom disse ytterpunktene, noe som tyder på at opplevelsen av sosiale relasjoner og samfunnsmessig engasjement varierer merkbart basert på fødelandsbakgrunn.

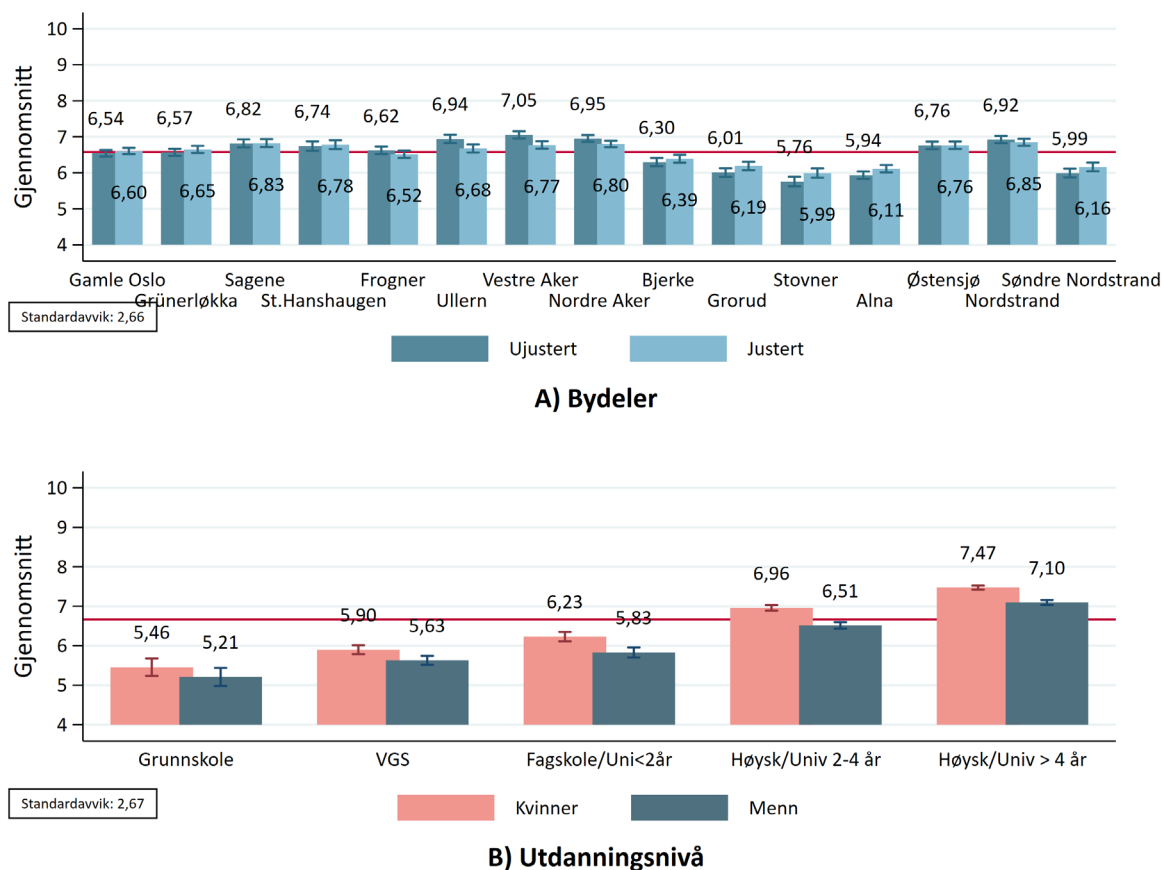
Figur F) viser skåren (0–10) på støttende og givende sosiale relasjoner for kvinner og menn fra ulike landbakgrunner. Blant kvinnene er verdien høyest hos dem født i Norge (7,61) og lavest hos dem fra Polen (6,25), en differanse på 1,36 som gir en Cohens d på rundt 0,65 (stor forskjell). Hos menn finner vi den høyeste skåren blant dem fra Eritrea (7,74) og den laveste i gruppen fra Polen (5,72), en differanse på 2,02 (Cohens $d \approx 0,96$ – også stor forskjell). Dette tyder på at opplevelsen av sosiale relasjoner og bidrag til andres liv varierer betydelig mellom ulike landbakgrunner, og forskjellene er opp til store blant både kvinner og menn.

3.38 Tillit til andre

Totalt 45286 deltakere av 45480 (99.6 %) hadde gyldig svar på Tillit til andre. Gjennomsnittet for hele utvalget var **6,58** (KI95%: 6,55-6,60). Gjennomsnittet for kvinner var 6,78 (n=25316; KI95%: 6,75-6,82) og gjennomsnittet for menn var 6,36 (n=19970; KI95%: 6,32-6,41).

Svarene kan også grupperes, slik at svar fra 0 til 4 angir lite tillit. Med denne grupperingen var det 19,0 % (95 % KI 18,6-19,5) som oppgav lav tillit samlet i fylket. Andelen for kvinner var 17,1 % (95 % KI 16,5-17,6) og andelen for menn er 20,4 % (95 % KI 20,4-21,7).

Figur 35: Tillit til andre etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).



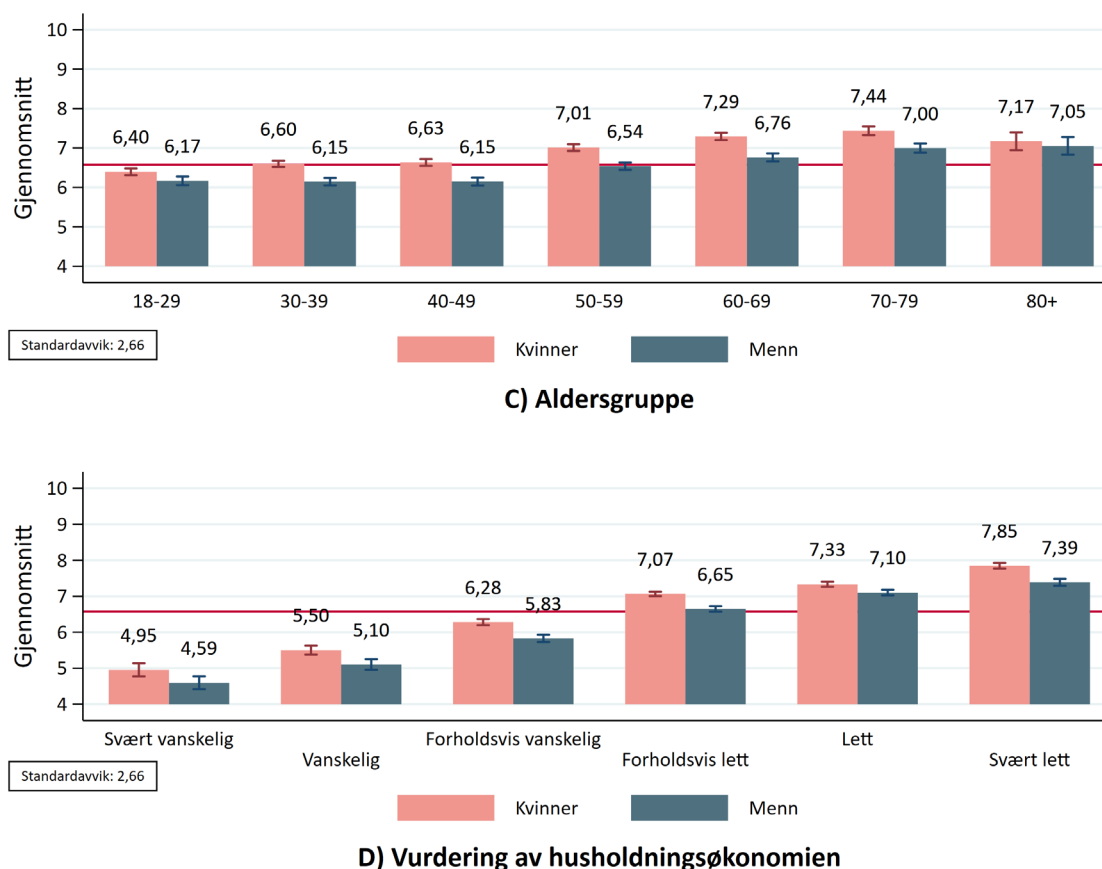
Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser gjennomsnittsskår (0–10) på tillit til andre, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på bydel i Oslo. Nordstrand ligger høyest (6,85), mens Stovner ligger lavest (6,00), en differanse på 0,85. Gitt et standardavvik på 2,66 tilsvarer dette en Cohens d på rundt 0,32, som kan tolkes som en middels forskjell. De øvrige bydelene fordeler seg mellom disse ytterpunktene, noe som tyder på at det er moderate variasjoner i generell tillit på tvers av bydelene.

Figur B) viser at tilliten til andre (0–10) øker med høyere utdanningsnivå, for både kvinner og menn. Blant kvinnene stiger skåren fra 5,46 (grunnskole) til 7,47 (høyskole/universitet > 4 år), en differanse på 2,01. Med et standardavvik på 2,67 gir dette en Cohens d på om lag 0,76 (stor forskjell). Hos menn går verdien fra 5,21 (grunnskole) til 7,10 (høyskole/universitet > 4 år), en differanse på 1,89 ($d \approx 0,71$ – også en stor forskjell). Resultatene tyder altså på at generell tillit

er betydelig høyere i gruppene med lengst utdanning, og forskjellen er stor for begge kjønn. På de fleste utdanningsnivå ligger kvinner høyere enn menn.

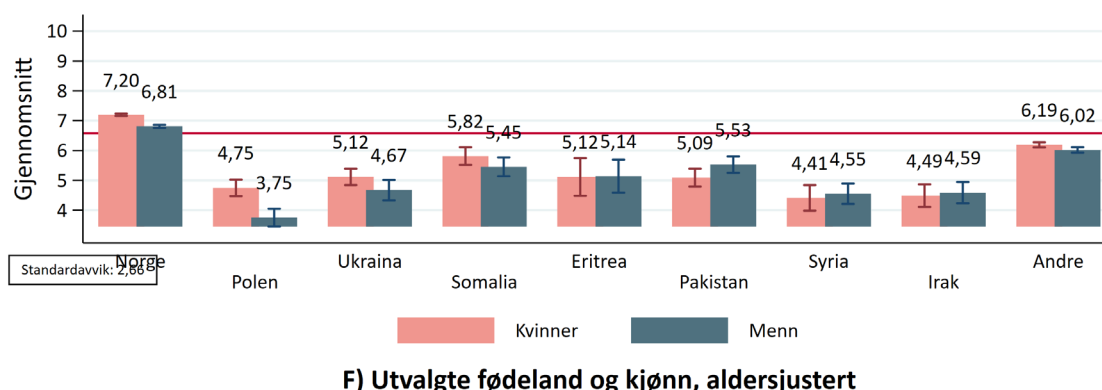
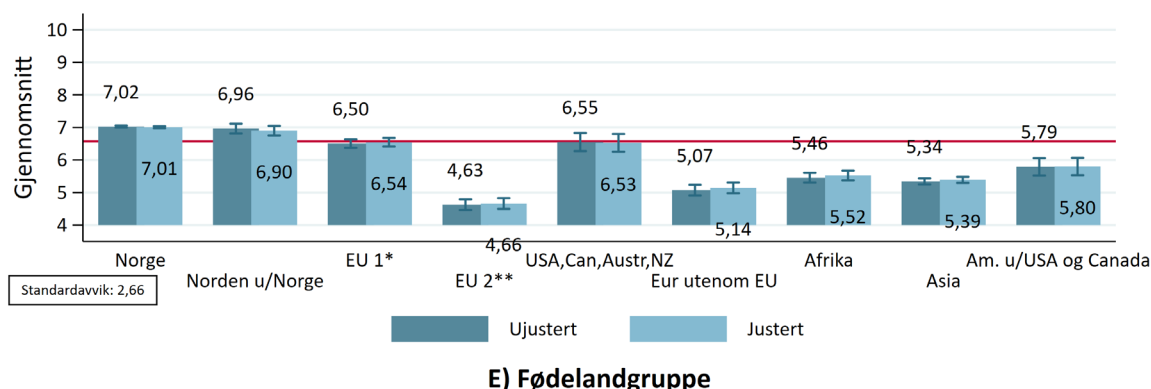
Figur 35 forts.: Tillit til andre etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur C) viser gjennomsnittsskår (0–10) på generell tillit etter kjønn og alder. For kvinnene er tilliten lavest i aldersgruppen 18–29 (6,40) og høyest i 70–79 (7,44), en økning på 1,04 (Cohens $d \approx 0,39$ – middels forskjell). Hos menn ser vi at tilliten holder seg temmelig stabil fra 18 til 49, før den begynner å øke merkbart, med en differanse på 0,88 mellom 18–29 (6,17) og 80+ (7,05) ($d \approx 0,33$ – middels forskjell). Samlet sett stiger altså tilliten gradvis med alderen for begge kjønn, men kurven flater ut for kvinnene etter 70–79, mens mennenes skår blir høyest i 80+.

Figur D) viser at tilliten til andre (0–10) stiger tydelig i takt med en mer positiv opplevelse av husholdningsøkonomien, for begge kjønn. Hos kvinnene øker den fra 4,95 (svært vanskelig) til 7,85 (svært lett), en differanse på 2,90. Med et standardavvik på 2,66 gir dette en Cohens d på cirka 1,09 (stor forskjell). Hos menn er økningen fra 4,59 til 7,39, altså 2,80, som tilsvarer $d \approx 1,05$ (også stor forskjell). Kvinner ligger jevnt over noe høyere i alle økonomikategoriene, men i begge kjønn er sammenhengen mellom økonomisk situasjon og generell tillit til andre markert og kan betegnes som stor.

Figur 35 forts: Tillit til andre etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
 *EU/EFTA frem til 2004 u/Norden
 **Nye EU-land etter 2004

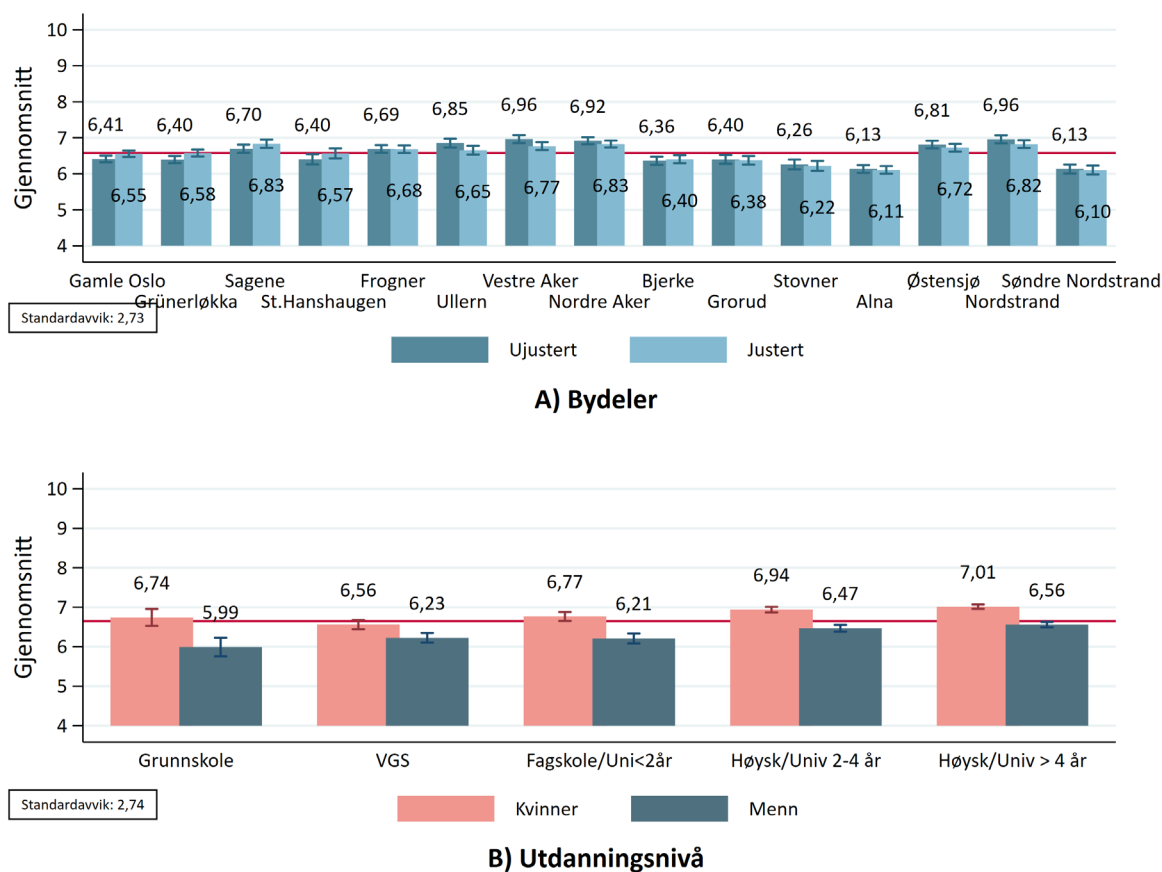
Figur E) viser gjennomsnittsskår (0–10) på generell tillit, justert for kjønn og alder, fordelt på fødelandsgruppe. Her ligger deltakere født i Norge høyest (7,01), mens dem fra nye EU-land etter 2004 ligger lavest (4,66). Forskjellen på 2,34, sett i lys av et standardavvik på 2,66, gir en Cohens d på rundt 0,88 (stor forskjell). De øvrige gruppene fordeler seg mellom disse ytterpunktene, noe som tyder på at generell tillit varierer betydelig med fødelandsbakgrunn.

Figur F) viser gjennomsnittsskår (0–10) på generell tillit for kvinner og menn fra ulike landbakgrunner. Hos kvinnene er skåren høyest blant dem som er født i Norge (7,20) og lavest blant dem fra Syria (4,41), en differanse på omtrent 2,78. Opp mot et standardavvik på 2,66 gir dette en Cohens d på rundt 1,04 (stor forskjell). Blant menn er tilliten høyest hos dem fra Norge (6,81) og lavest hos dem fra Polen (3,75), en differanse på omtrent 3,06 ($d \approx 1,15$ – også en stor forskjell). Dette tyder på at landbakgrunn har en betydelig sammenheng med generell tillit for begge kjønn, med store forskjeller mellom ytterpunktene.

3.39 Stedstilhørighet

Totalt 45271 deltakere av 45480 (99.5 %) hadde gyldig svar på Stedstilhørighet. Gjennomsnittet for hele utvalget var **6,58** (KI95%: 6,55-6,61). Gjennomsnittet for kvinner var 6,80 (n=25314; KI95%: 6,76-6,83) og gjennomsnittet for menn var 6,35 (n=19957; KI95%: 6,31-6,40).

Figur 36: Stedstilhørighet etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).

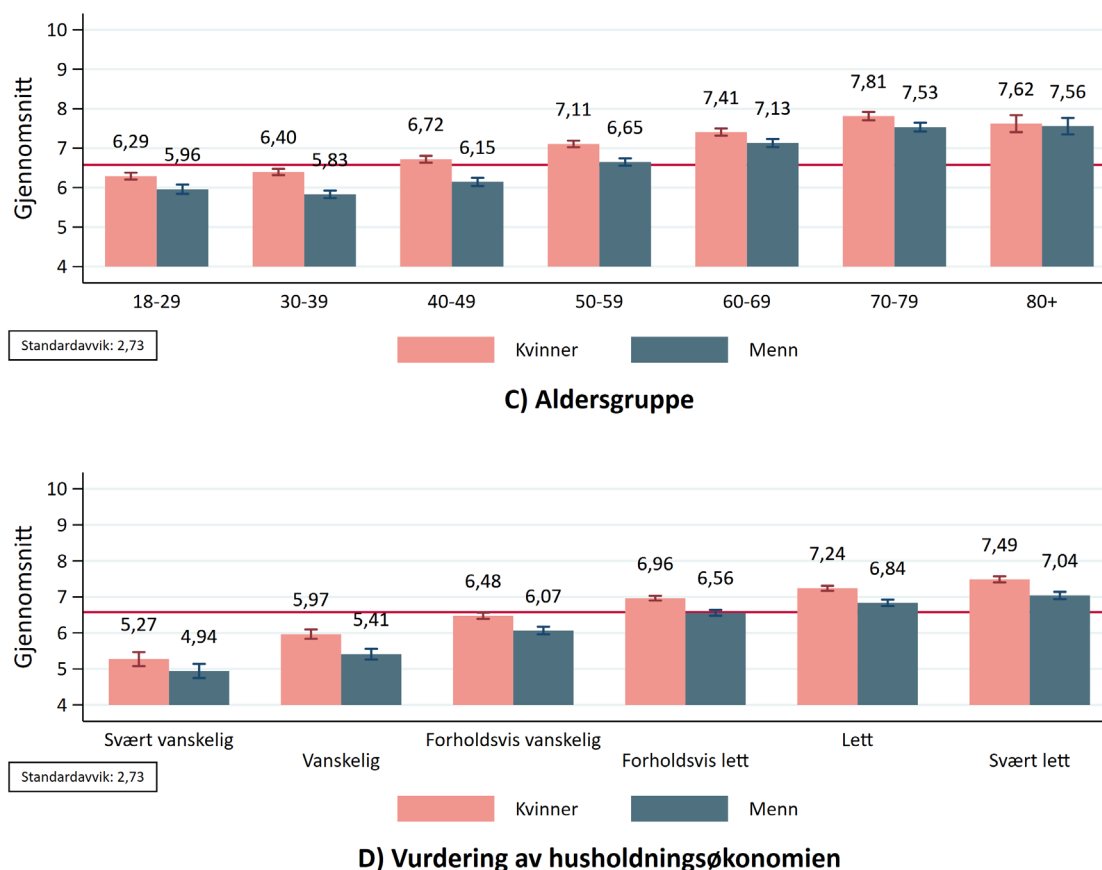


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser gjennomsnittsskår (0–10) på stedstilhørighet, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå, fordelt på bydel i Oslo. Skåren er høyest i bydel Sagene og Nordre Aker (6,83 for begge) og lavest i bydel Søndre Nordstrand (6,10). Forskjellen på 0,73, sett i lys av et standardavvik på 2,73, gir en Cohens d på om lag 0,27 (middels forskjell). Med andre ord er variasjonene mellom bydelene nokså moderate, men det er likevel en viss forskjell i opplevd stedstilhørighet på tvers av Oslo.

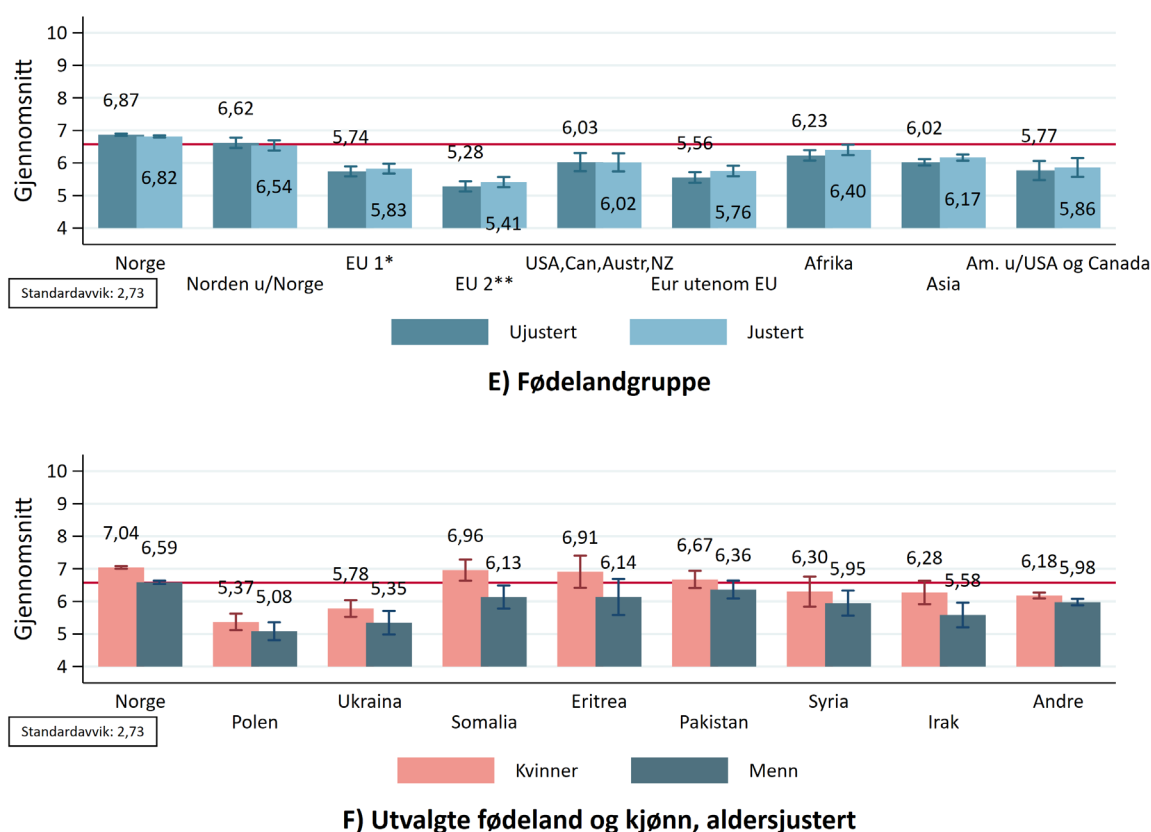
Figur B) viser gjennomsnittsskår (0–10) på stedstilhørighet etter kjønn og utdanningsnivå. Blant kvinnene stiger skåren fra 6,74 (grunnskole) til 7,01 (høyskole/universitet > 4 år), en forskjell på 0,27. Gitt et standardavvik på 2,74 tilsvarende dette en Cohens d på rundt 0,10 (liten forskjell). Hos menn går den fra 5,99 (grunnskole) til 6,56 (høyskole/universitet > 4 år), en differanse på 0,57 (Cohens d ≈ 0,21 – også en liten forskjell). Dette tyder på at stedstilhørigheten øker svakt med utdanning for begge kjønn, men at forskjellene er små.

Figur 36 forts.: Stedstilørighet etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Figur C) viser gjennomsnittsskår (0–10) på stedstilørighet etter kjønn og alder. Blant kvinnene øker skåren fra 6,29 i aldersgruppen 18–29 til 7,81 i 70–79, en differanse på 1,52. Opp mot et standardavvik på 2,73 tilsvarer dette en Cohens d på rundt 0,56 (stor forskjell). Hos menn stiger den fra 5,96 (18–29) til 7,56 (80+), en differanse på 1,60 ($d \approx 0,59$ – også stor forskjell). I de fleste aldersgruppene ligger kvinnene jevnt over litt høyere enn menn, med unntak av i den eldste aldersgruppen (80+), hvor mennenes skår (7,56) er omtrent på nivå med kvinnes (7,62). Dermed ser vi at stedstilørigheten øker betydelig med stigende alder for begge kjønn, og endringen kan betegnes som stor.

Figur D) viser at stedstilørigheten (0–10) stiger i takt med en mer positiv opplevelse av husholdningsøkonomien, for begge kjønn. Blant kvinnene øker skåren fra 5,27 (svært vanskelig) til 7,49 (svært lett), en differanse på 2,22. Med et standardavvik på 2,73 gir dette en Cohens d på omtrent 0,81 (stor forskjell). Hos menn er økningen fra 4,94 til 7,04 (2,10 i differanse), noe som tilsvarer $d \approx 0,77$ (også en stor forskjell). I alle de økonomiske kategoriene ligger imidlertid kvinnene jevnt over litt høyere enn menn. Dermed ser vi at en bedre opplevelse av husholdningsøkonomien er nært knyttet til sterkere stedstilørighet for begge kjønn, samtidig som kvinner gjennomgående rapporterer et litt høyere nivå enn menn.

Figur 36 forts: Stedstilhørighet etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
 *EU/EFTA frem til 2004 u/Norden
 **Nye EU-land etter 2004

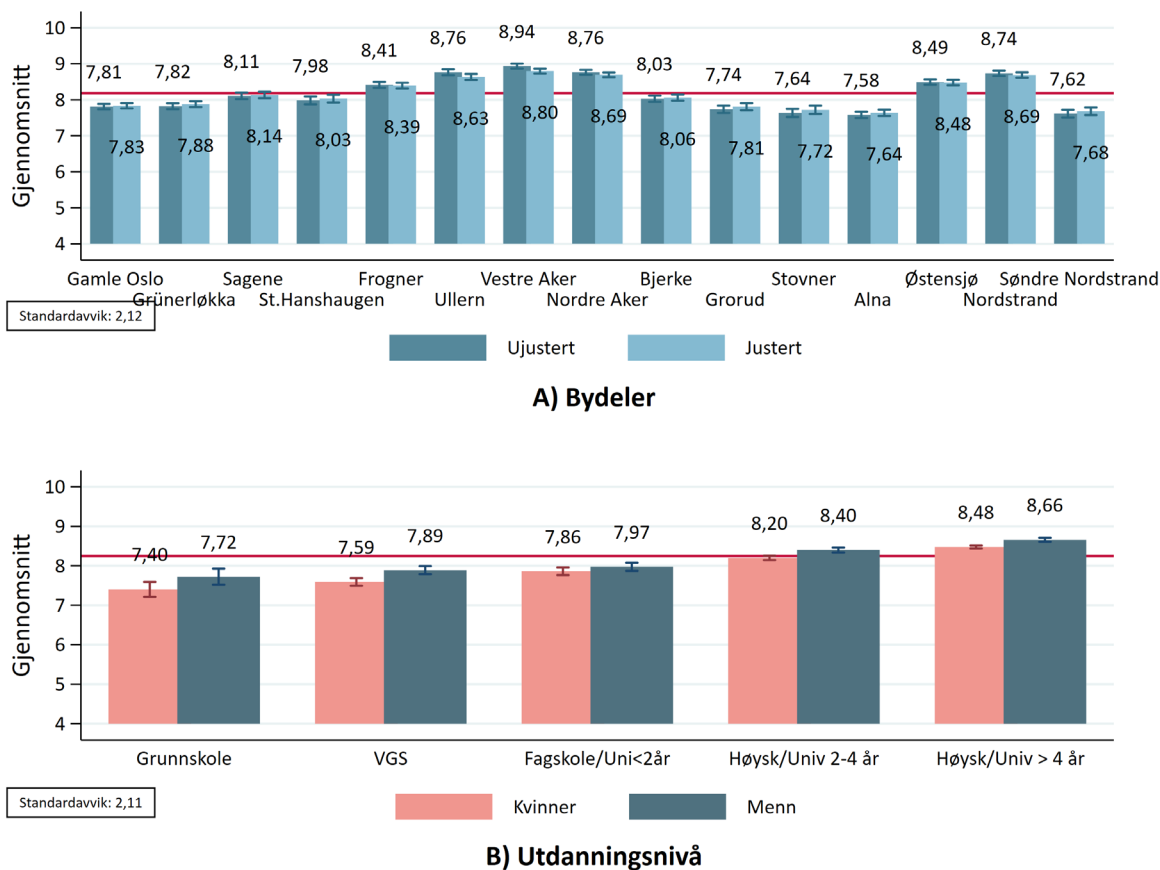
Figur E) viser gjennomsnittsskår (0–10) på stedstilhørighet, justert for kjønn og alder, etter fødelandsgruppe. Den høyeste skåren finner vi blant deltakere født i Norge (6,82), mens dem fra nye EU-land etter 2004 ligger lavest (5,41). Differansen på 1,41, opp mot et standardavvik på 2,73, gir en Cohens d på omtrent 0,51 (stor forskjell). De øvrige gruppene fordeler seg mellom disse ytterpunktene, noe som tyder på at opplevd tilhørighet varierer markant mellom ulike landbakgrunner.

Figur F) viser gjennomsnittsskår (0–10) på stedstilhørighet blant kvinner og menn fra utvalgte fødelandsgrupper. For kvinnene er skåren høyest blant dem født i Norge (7,04) og lavest blant dem fra Polen (5,37), en differanse på 1,67 som tilsvarer en Cohens d på om lag 0,61 (stor forskjell). Hos menn er tilsvarende topp blant dem født i Norge (6,59) og bunn blant dem fra Polen (5,08), en differanse på 1,51 ($d \approx 0,55$ – også en stor forskjell). Dette peker på at opplevd stedstilhørighet varierer markant med fødelandsbakgrunn, for både kvinner og menn.

3.40 Trygg i nærmiljøet

Totalt 45313 deltakere av 45480 (99.6 %) hadde gyldig svar på Trygg i nærmiljøet. Gjennomsnittet for hele utvalget var **8,18** (KI95%: 8,16-8,20). Gjennomsnittet for kvinner var 8,09 (n=25342; KI95%: 8,06-8,12) og gjennomsnittet for menn var 8,28 (n=19971; KI95%: 8,24-8,31).

Figur 37: Trygg i nærmiljøet etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).

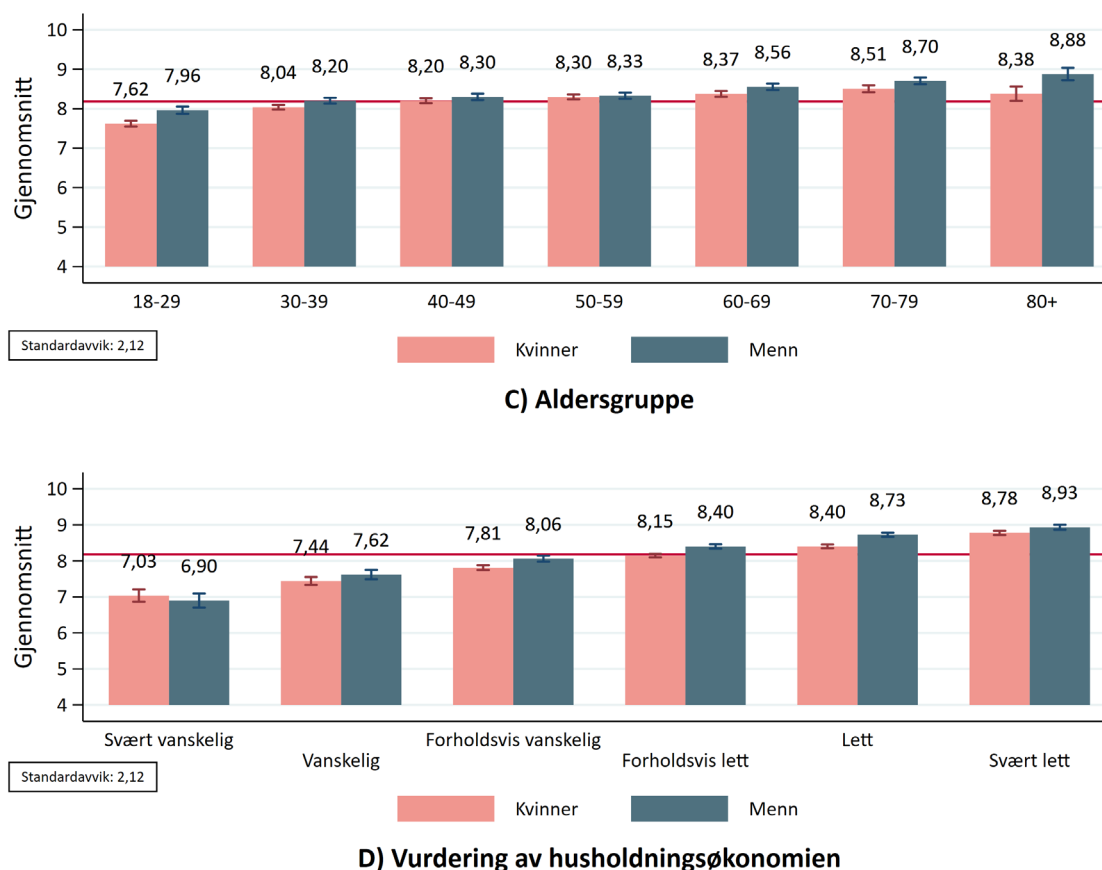


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser gjennomsnittsskår (0–10) på hvor trygg man føler seg når man er ute og går i nærmiljøet, justert for kjønn, alder og utdanningsnivå. Vestre Aker ligger høyest (8,80) og Alna lavest (7,64), en differanse på 1,16. Gitt et standardavvik på 2,12 tilsvarer dette en Cohens d på om lag 0,55, som kan tolkes som en stor forskjell. De øvrige bydelene fordeler seg mellom disse ytterpunktene, noe som tyder på at opplevd nærmiljøtrygghet varierer merkbart, selv om de fleste ligger forholdsvis høyt på skalaen.

Figur B) viser at den opplevde tryggheten i nærmiljøet (0–10) øker i takt med utdanningsnivå, for både kvinner og menn. For kvinner stiger skåren fra 7,40 (grunnskole) til 8,48 (universitet/høyskole > 4 år), en differanse på 1,08. Med et standardavvik på i overkant av 2,10 tilsvarer dette en Cohens d på cirka 0,51, som kan tolkes som en stor forskjell. For menn går skåren fra 7,72 til 8,66 (differanse 0,94; $d \approx 0,45$ – middels forskjell). Vi ser også at menn ligger noe høyere enn kvinner på flere utdanningsnivå. Samlet viser tallene at jo høyere utdanning, desto sterkere opplevelse av trygghet i nærmiljøet, med en stor effekt blant kvinnene og en middels effekt hos menn.

Figur 37 forts.: Trygg i nærmiljøet etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

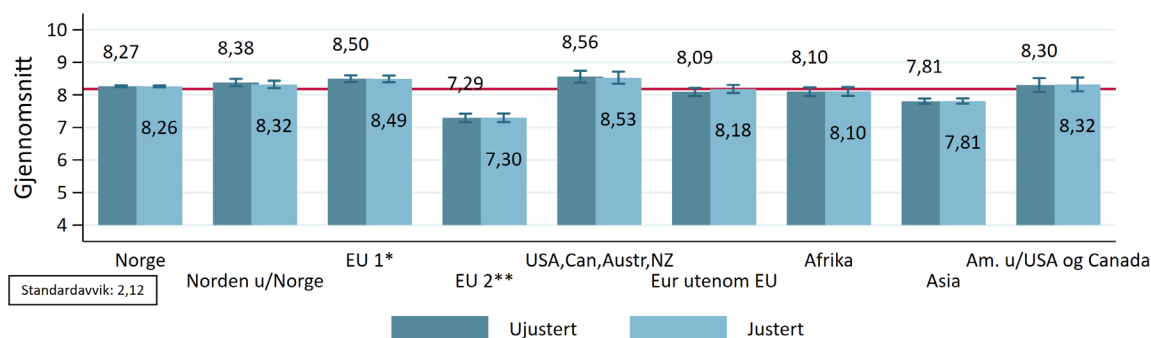


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

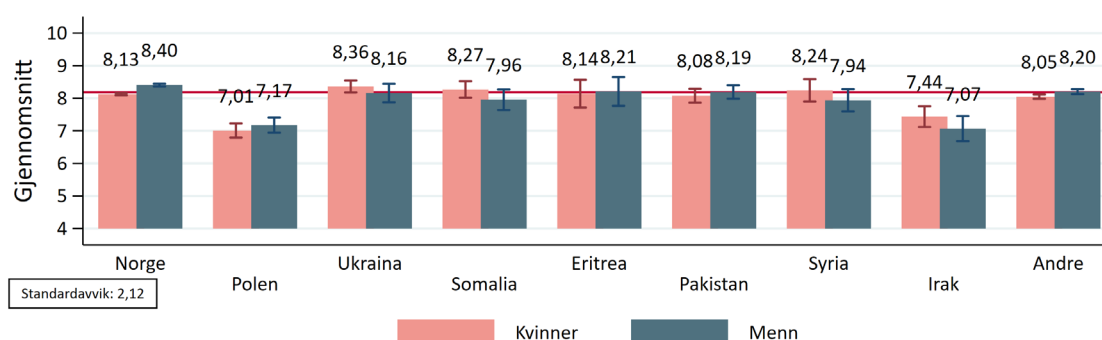
Figur C) viser hvordan opplevelsen av trygghet i nærmiljøet (0–10) fordeler seg på kjønn og alder. Blant kvinnene stiger skåren fra 7,62 i aldersgruppen 18–29 til 8,51 i 70–79, en økning på 0,89 (Cohens $d \approx 0,42$ – middels forskjell). Hos menn går den fra 7,96 (18–29) til 8,88 (80+), en økning på 0,92 ($d \approx 0,43$ – også middels forskjell). I mange av alderskategoriene ligger mennenes tall litt høyere enn kvinnenes, og i den eldste gruppen (80+) ser vi at mennenes skår (8,88) ligger et halvt poeng over kvinnenes (8,38). Samlet sett stiger opplevd nærmiljøtrygghet jevnt med alderen for begge kjønn, og økningen kan klassifiseres som middels stor fra yngste til eldste aldersgruppe.

Figur D) viser at opplevd trygghet i nærmiljøet (0–10) stiger markant med en mer positiv vurdering av husholdningsøkonomien, for både kvinner og menn. For kvinnene øker skåren fra 7,03 (svært vanskelig) til 8,78 (svært lett), en differanse på 1,75. Med et standardavvik på 2,12 tilsvarer dette en Cohens d på cirka 0,83 (stor forskjell). Hos menn er økningen fra 6,90 til 8,93, altså 2,03 ($d \approx 0,96$ – også en stor forskjell). Vi ser dessuten at menn skårer noe høyere enn kvinner i flere av økonomikategoriene. Dette bekrefter en sterk sammenheng mellom opplevd økonomi og trygghet i nærmiljøet for begge kjønn.

Figur 37 forts: Trygg i nærmiljøet etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).



E) Fødelandsgruppe



F) Utvalgte fødeland og kjønn, aldersjustert

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
 *EU/EFTA frem til 2004 u/Norden
 **Nye EU-land etter 2004

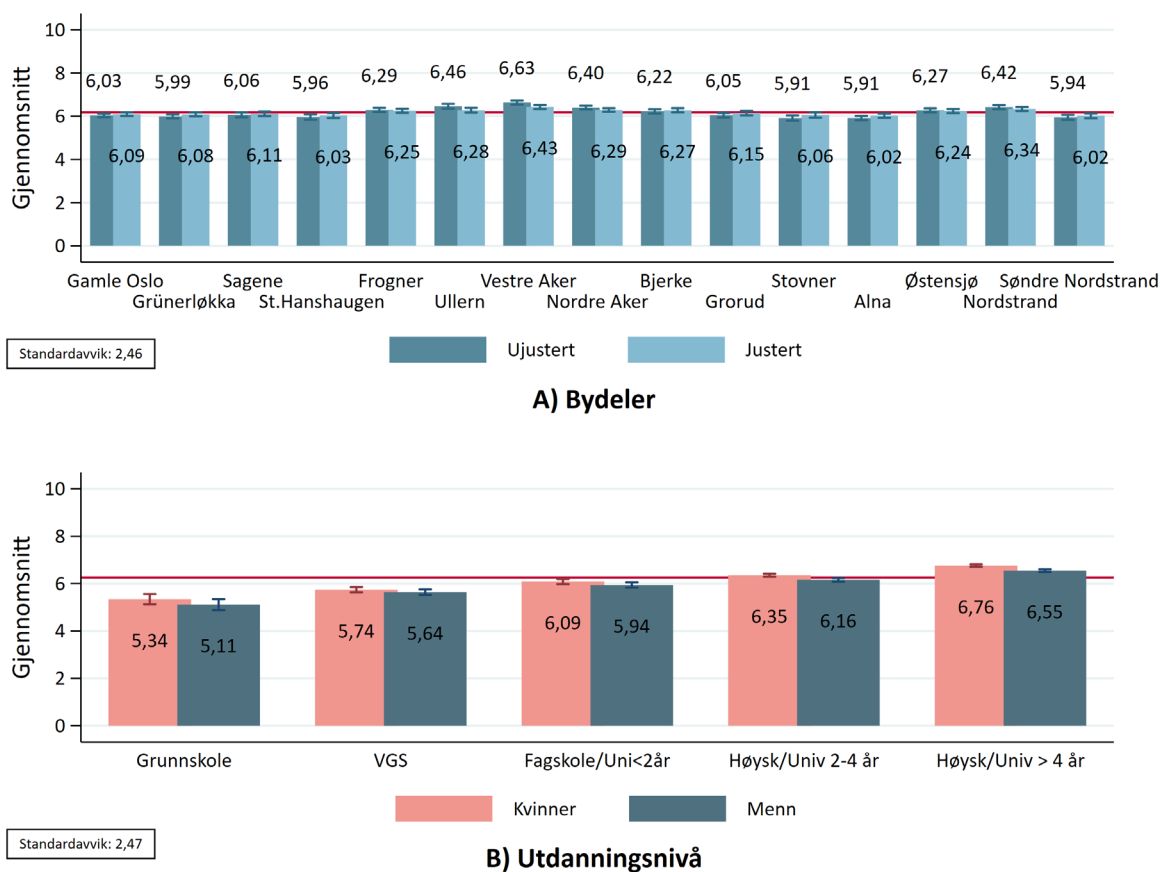
Figur E) viser gjennomsnittsskår (0–10) på opplevd trygghet i nærmiljøet, justert for kjønn og alder, etter fødelandsgruppe. Høyest skår har deltakere fra USA/Canada/Australia/NZ (8,53), mens dem fra nye EU-land etter 2004 ligger lavest (7,30). Forskjellen på 1,23, sammenlignet med et standardavvik på 2,12, gir en Cohens d på rundt 0,58, som kan tolkes som en stor forskjell. De øvrige gruppene fordeler seg mellom disse ytterpunktene (fra 7,81 for Asia til 8,49 for EU frem til 2004), noe som tyder på merkbare variasjoner i nærmiljøtrygghet basert på fødelandsbakgrunn.

Figur F) viser gjennomsnittsskår (0–10) på opplevd trygghet i nærmiljøet fordelt på kjønn og utvalgte fødeland. Blant kvinnene er den laveste skåren hos dem fra Polen (7,01) og den høyeste hos dem fra Ukraina (8,36), en differanse på 1,35. Med et standardavvik på 2,12 gir dette en Cohens d på om lag 0,64 (stor forskjell). Hos menn er den laveste skåren blant dem fra Irak (7,07) og den høyeste hos dem fra Norge (8,40), en differanse på 1,33 ($d \approx 0,63$ – også en stor forskjell). Tallene tyder dermed på at landbakgrunn har en tydelig sammenheng med opplevd nærmiljøtrygghet for begge kjønn, med store variasjoner mellom yttergruppene.

3.41 Engasjement

Totalt 45220 deltakere av 45480 (99.4 %) hadde gyldig svar på Engasjement. Gjennomsnittet for hele utvalget var **6,18** (KI95%: 6,15-6,20). Gjennomsnittet for kvinner var 6,29 (n=25291; KI95%: 6,25-6,32) og gjennomsnittet for menn var 6,06 (n=19929; KI95%: 6,02-6,10).

Figur 38: Engasjement etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).

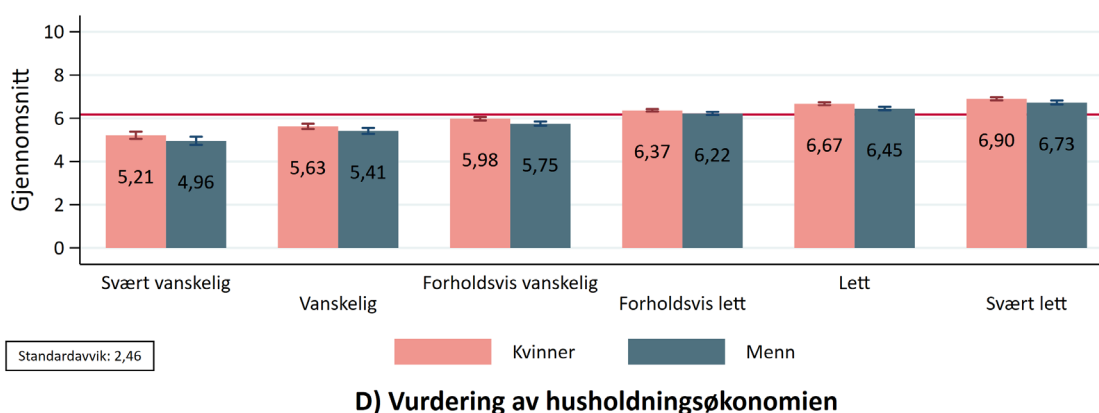
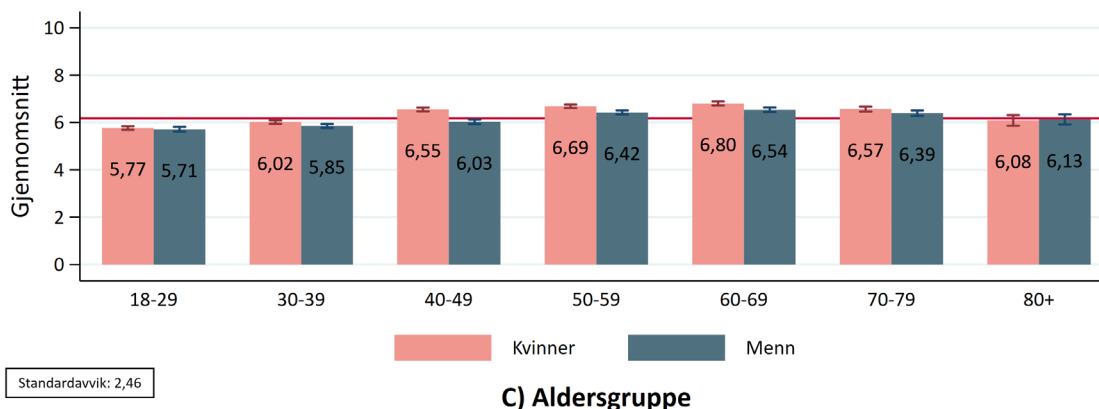


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser gjennomsnittlig opplevd engasjement fordelt på bydeler i Oslo, både ujustert og justert for kjønn, alder og utdanningsnivå. I den justerte modellen ser vi at andelen som rapporterer høyest engasjement ligger i de vestlige bydelene (for eksempel Vestre Aker), mens bydelene i indre øst (som Grünerløkka) og enkelte i Groruddalen (som Alna) har litt lavere gjennomsnittsskår. Forskjellene mellom de høyeste og laveste skårene er relativt små (rundt 0,7 poeng på skalaen 0–10), og effektstørrelsen er derfor beskjedne, selv om manglende overlapp i konfidensintervallene indikerer at forskjellen likevel er statistisk signifikant.

Figur B) viser gjennomsnittlig oppgitt engasjement siste uke, fordelt på kjønn og utdanningsnivå. Man ser en tydelig tendens til at engasjementet øker med høyere utdanningsnivå for både kvinner og menn, fra rundt 5 poeng blant dem med bare grunnskole til over 6,5 blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning på mer enn fire år. Forskjellen mellom laveste og høyeste utdanningsnivå utgjør omtrent 1,4 poeng på skalaen (Cohens $d \approx 0,57-0,58$), som kan tolkes som en middels stor effektstørrelse. Kvinner rapporterer gjennomgående litt høyere engasjement enn menn på alle utdanningsnivåer, selv om forskjellene mellom kjønnene innen samme utdanningskategori er små.

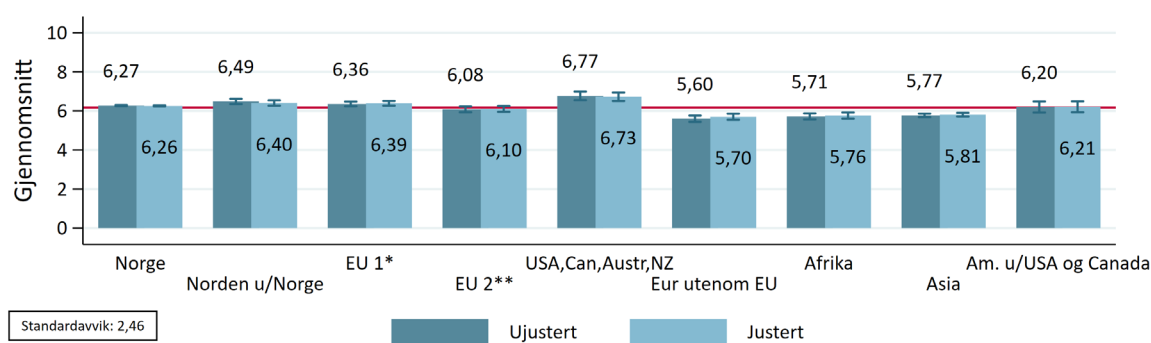
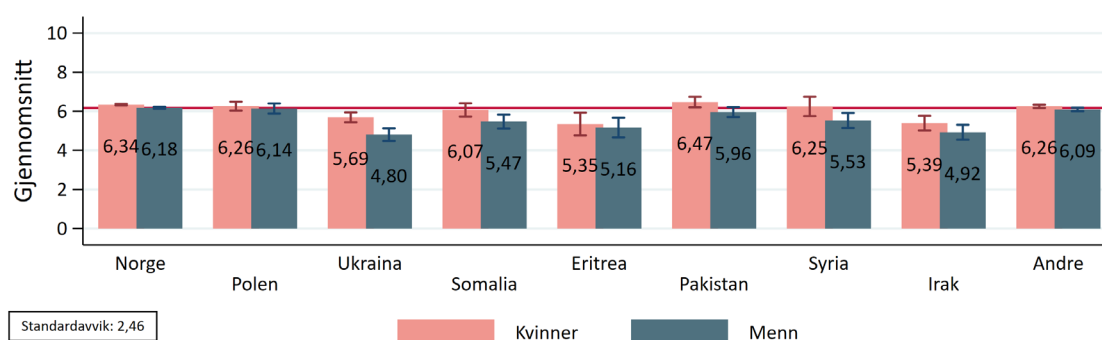
Figur 38 forts.: Engasjement etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur C) viser gjennomsnittsskår på opplevd engasjement siste uke, fordelt på kjønn og alder. For begge kjønn stiger gjennomsnittsskåren fra 18-29-årsalderen og når toppunktet i 60-årene, før den avtar noe igjen blant de aller eldste. Blant kvinner går engasjementet fra rundt 5,8 poeng i 18-29-årsgruppen til i overkant av 6,8 poeng i alderen 60-69, mens menn i 60-årene også ligger tydelig over 6 poeng. Selv om forskjellen fra yngste til eldste aldersgruppe utgjør et sted mellom 0,8 og 1 poeng, er dette basert på en skala fra 0 til 10 og kan tolkes som en middels effektstørrelse (Cohens d 0,42 for kvinner og 0,30 for menn).

Figur D) viser en klar sammenheng mellom husholdningsøkonomi og engasjement, der de som oppgir at det er svært vanskelig å få pengene til å strekke til rapporterer vesentlig lavere engasjement enn dem som synes det er svært lett. Forskjellen fra «svært vanskelig» til «svært lett» utgjør rundt 1,7 poeng for kvinner og 1,8 poeng for menn, noe som tilsvarer en middels stor effektstørrelse (Cohens d $\approx$ 0,70). Kvinner ligger gjennomgående litt høyere enn menn innenfor hver kategori, men kjønnsforskjellene er små.

Figur 38 forts: Engasjement etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).**E) Fødelandsgruppe****F) Utvalgte fødeland og kjønn, aldersjustert**

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
 *EU/EFTA frem til 2004 u/Norden
 **Nye EU-land etter 2004

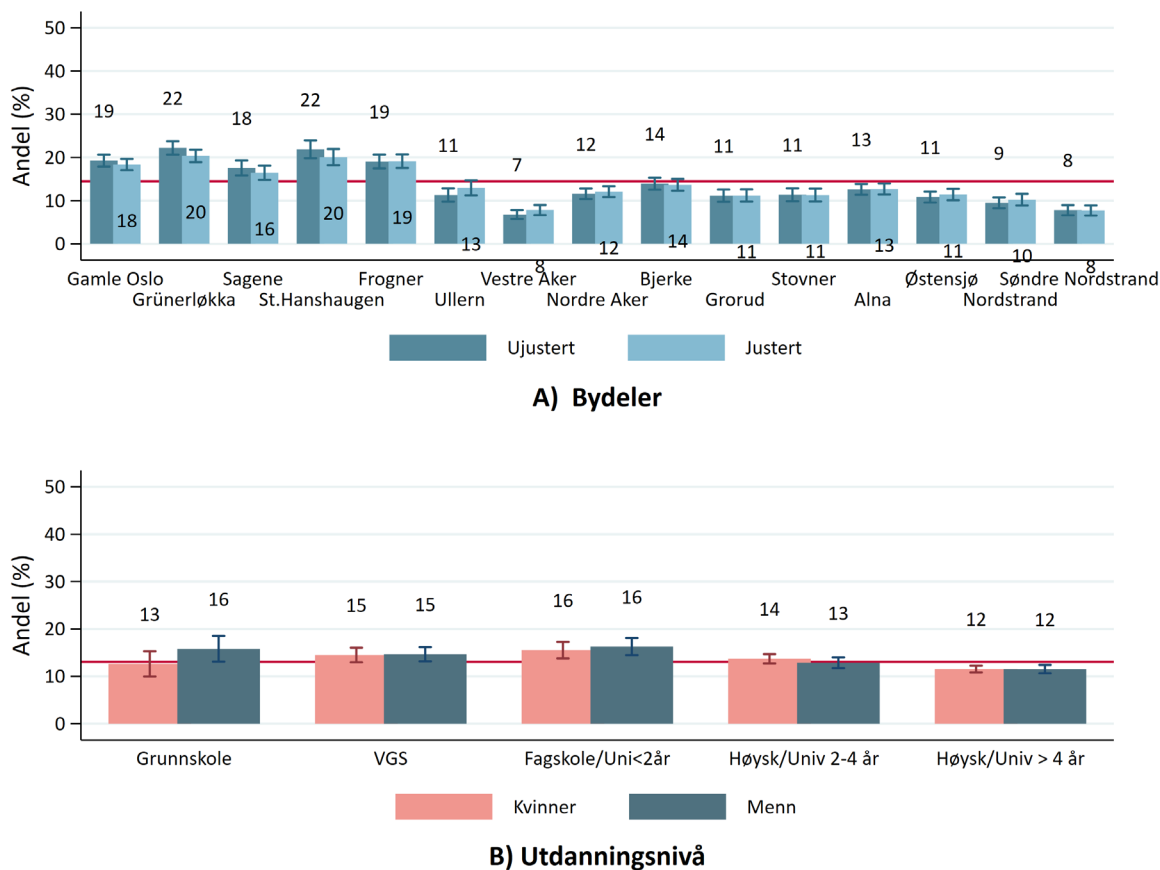
Figur E) viser gjennomsnittlig engasjement (0–10) etter fødelandsgruppe i en modell justert for kjønn og alder. Vi ser at gruppen fra USA, Canada, Australia og New Zealand i snitt rapporterer høyest engasjement, mens gruppen fra Europa utenom EU har lavest skår. Forskjellen mellom disse to gruppene utgjør en Cohens d på 0,42, som kan tolkes som en middels forskjell. For øvrig er variasjonene mellom de andre gruppene mindre, og de flere av de skiller seg ikke signifikant fra hverandre når vi sammenligner konfidensintervaller.

Figur F) viser gjennomsnittlig engasjement (0–10) blant kvinner og menn fra utvalgte fødeland. Blant kvinnene er engasjementet høyest i gruppen fra Pakistan og lavest i gruppen fra Eritrea, og forskjellen mellom disse to gruppene tilsvarer en Cohens d på 0,46, som kan tolkes som en middels forskjell. Hos menn er engasjementet høyest i gruppen fra Norge og lavest i gruppen fra Ukraina, med en Cohens d på 0,56, noe som kan tolkes som en stor forskjell. For øvrig ligger de fleste landgruppene i hovedsak rundt gjennomsnittet, og skiller seg lite fra hverandre når vi ser på konfidensintervallene.

3.42 Plaget av støy hjemme

Totalt 45024 deltakere av 45480 (99.0 %) hadde gyldig svar på Plaget av støy hjemme. Andelen for hele utvalget var **14,5 %** (KI95%: 14,1-14,9). Andelen for kvinner var 14,6 % (n=25159; KI95%: 14,1-15,2) og andelen for menn var 14,3 % (n=19865; KI95%: 13,7-14,9).

Figur 39: Plaget av støy hjemme etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).

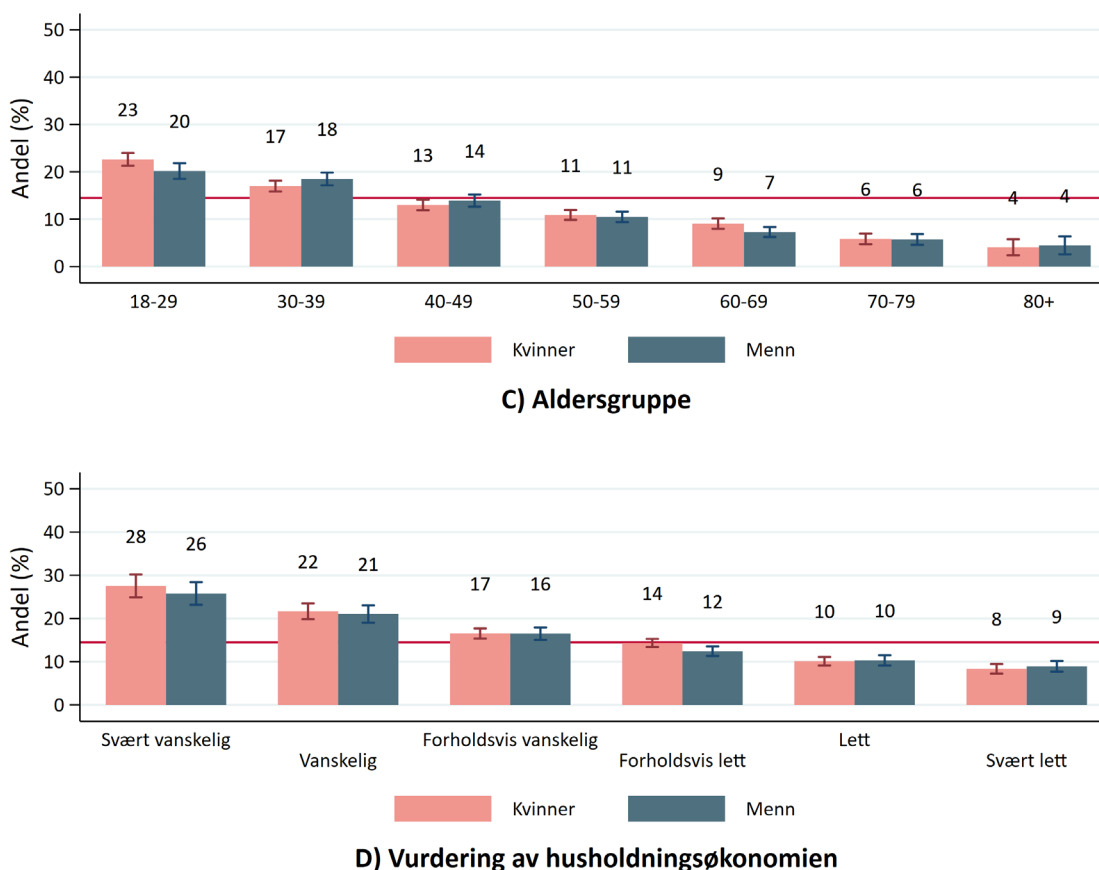


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser andelen som oppgir å være «ganske mye» eller «veldig mye» plaget av støy hjemme i de ulike bydelene i Oslo. Resultatene viser at andelen er høyest i de mest sentrumsnære bydelene (Grünerløkka, St. Hanshaugen og Gamle Oslo), med et nivå på rundt 20 % eller mer, mens den er klart lavest i Vestre Aker og Søndre Nordstrand, der under 10 % oppgir å være mye plaget av støy. Når det justeres for alder, kjønn og utdanning, er rangeringen mellom bydelene stort sett den samme, men andelene i enkelte bydeler, som Ullern og Vestre Aker, justeres noe opp. Forskjellen mellom de bydelene med høyest og lavest estimerer er på mer enn ti prosentpoeng, noe som tyder på statistisk signifikante variasjoner i støyplager på tvers av byen.

Figur B) viser at andelen som rapporterer å være «ganske mye» eller «veldig mye» plaget av støy hjemme varierer moderat etter kjønn og utdanningsnivå. Både blant kvinner og blant menn er andelen lavest hos dem med lengst utdanning, mens de med fagskole eller kortere universitets-/høyskoleutdanning oftest oppgir å være mye plaget. Forskjellene mellom kjønnene er små.

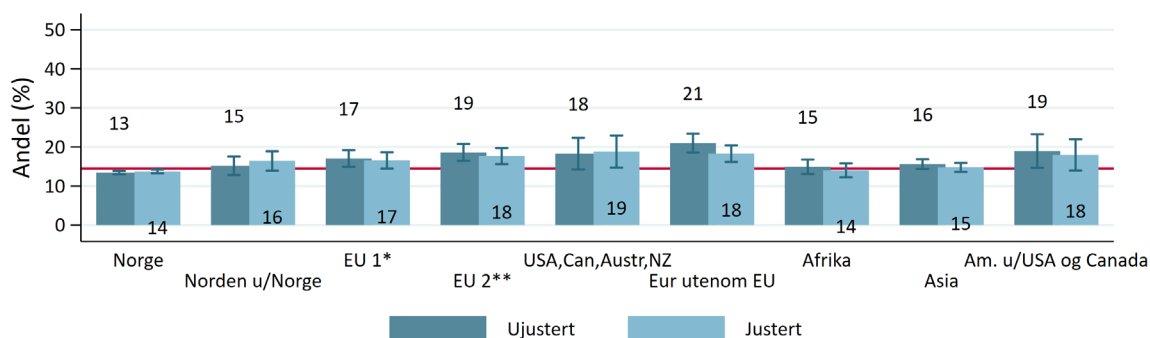
Figur 39 forts.: Plaget av støy hjemme etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



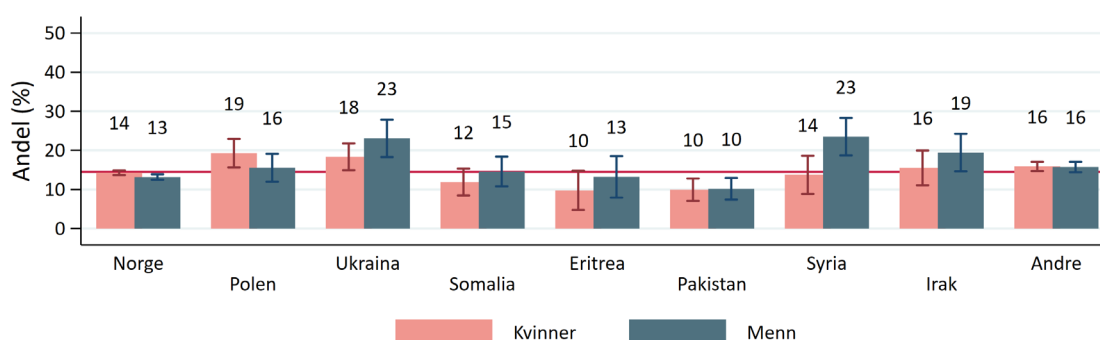
Figur C) viser at den rapporterte støyplagen er høyest i de yngste aldersgruppene for begge kjønn og avtar gradvis med stigende alder. I alderen 18-29 oppgir rundt én av fem å være «ganske mye» eller «veldig mye» plaget, mens tilsvarende tall i aldersgruppene over 70 år ligger klart under ti prosent. Kvinner i 18-29-årsalderen ligger noe høyere enn menn, men kjønnsforskjellene er små i alle alderskategoriene. Konfidensintervallene er større i de eldste gruppene, men trenden med synkende støyplage opp mot 80+ er tydelig for begge kjønn.

Figur D) viser at andelen som er «ganske mye» eller «veldig mye» plaget av støy hjemme, er klart høyere i gruppene som opplever husholdningsøkonomien som vanskelig enn i gruppene som synes det er lett. Denne tendensen gjelder for både menn og kvinner. Konfidensintervallene for noen av kategoriestimaterne overlapper, men forskjellen mellom «svært vanskelig» og «svært lett» er såpass stor at det indikerer en tydelig sammenheng mellom økonomisk situasjon og støyplager.

Figur 39 forts: Plaget av støy hjemme etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).



E) Fødelandsgruppe



F) Utvalgte fødeland og kjønn, aldersjustert

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
 *EU/EFTA frem til 2004 u/Norden
 **Nye EU-land etter 2004

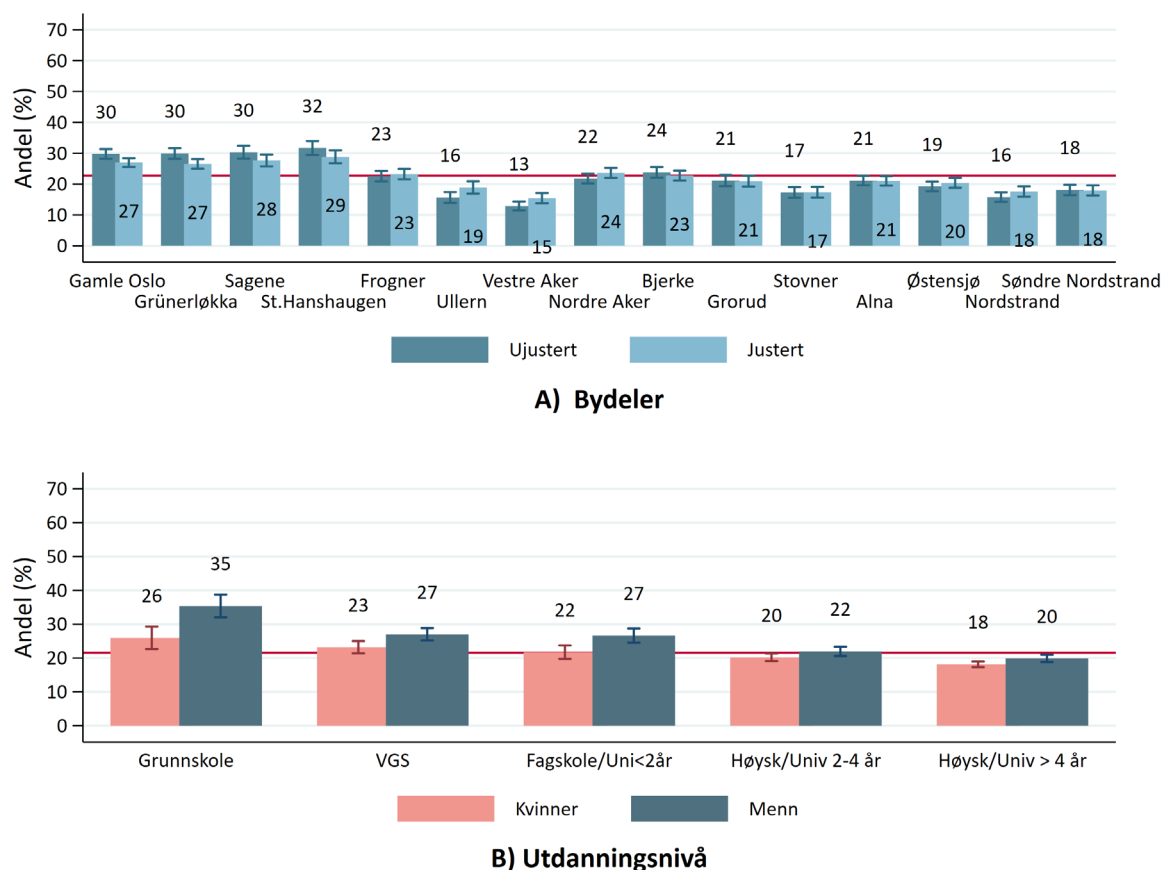
Figur E) viser at andelen som rapporterer å være «ganske mye» eller «veldig mye» plaget av støy hjemme, varierer moderat mellom ulike fødelandsgrupper, men generelt ligger nivået en del høyere blant personer født i andre europeiske land utenfor EU og i enkelte amerikanske eller nye EU-land enn blant dem som er født i Norge. Mønsteret endrer seg lite når man justerer for alder og kjønn, men noen av forskjellene blir noe mindre etter justering. Forskjellene er ikke svært store, og konfidensintervallene overlapper for flere av gruppene, men bildet antyder at de norskfødte har en litt lavere andel sterkt plaget av støy hjemme enn de fleste andre fødelandsgruppene.

Figur F) viser at andelen som er «ganske mye» eller «veldig mye» plaget av støy hjemme varierer en del mellom kvinner og menn fra ulike land. Blant kvinnene ligger de med norsk bakgrunn omtrent på samme nivå som majoriteten av kvinner fra andre land, bortsett fra grupper som Polen og Ukraina, hvor andelen er noe høyere. For menn ser vi derimot at støyplagen er markant høyere blant enkelte grupper fra blant annet Ukraina og Syria enn blant menn fra Norge. Konfidensintervallene er brede i noen av gruppene, men forskjellene antyder at det er reelle variasjoner mellom fødeland, særlig når en sammenligner dem som ligger helt i toppen og bunnen av fordelingen.

3.43 Boligen oppleves for liten

Totalt 45260 deltakere av 45480 (99.5 %) hadde gyldig svar på Boligen oppleves for liten. Andelen for hele utvalget var **22,7 %** (KI95%: 22,3-23,2). Andelen for kvinner var 21,5 % (n=25312; KI95%: 20,9-22,1) og andelen for menn var 24,0 % (n=19948; KI95%: 23,3-24,7).

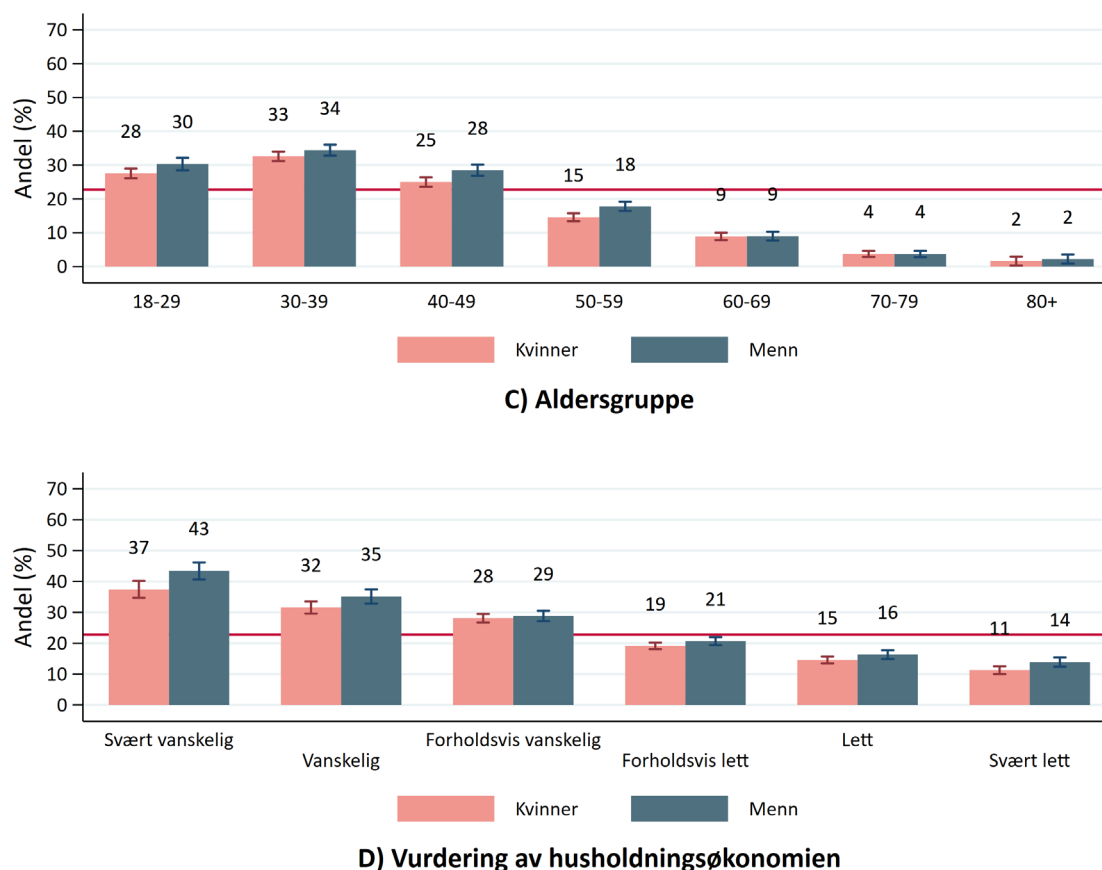
Figur 40: Boligen oppleves for liten etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).



Figur A) viser andelen som oppgir å ha for liten bolig (trangboddhet) i de ulike bydelene i Oslo. Andelen er høyest i de indre bydelene som St. Hanshaugen, Sagene, Grünerløkka og Gamle Oslo, mens andelen er lavest i vestlige bydeler som Vestre Aker og Ullern. Mønsteret endrer seg lite når det justeres for alder, kjønn og utdanningsnivå, men andelen i noen bydeler (blant annet Ullern) justeres noe opp. Forskjellene mellom høyeste og laveste estimater er betydelige, noe som tyder på at beboere i indre by i større grad opplever boligen som for liten enn dem i mer perifere, vestlige bydeler.

Figur B) viser at andelen som opplever at boligen er for liten, generelt avtar med stigende utdanningsnivå for både kvinner og menn. Blant dem med grunnskoleutdanning er andelen høyest, og særlig menn i denne gruppen oppgir oftere at boligen er for liten enn noen annen undergruppe. Forskjellen mellom menn og kvinner reduseres etter hvert som utdanningsnivået øker, og i gruppen med lengst høyere utdanning ligger begge kjønn på et betydelig lavere nivå av trangboddhet.

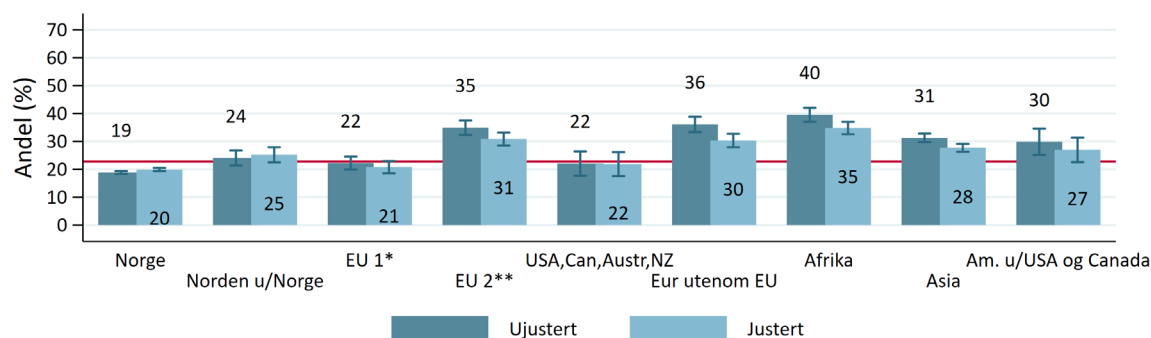
Figur 40 forts.: Boligen oppleves for liten etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



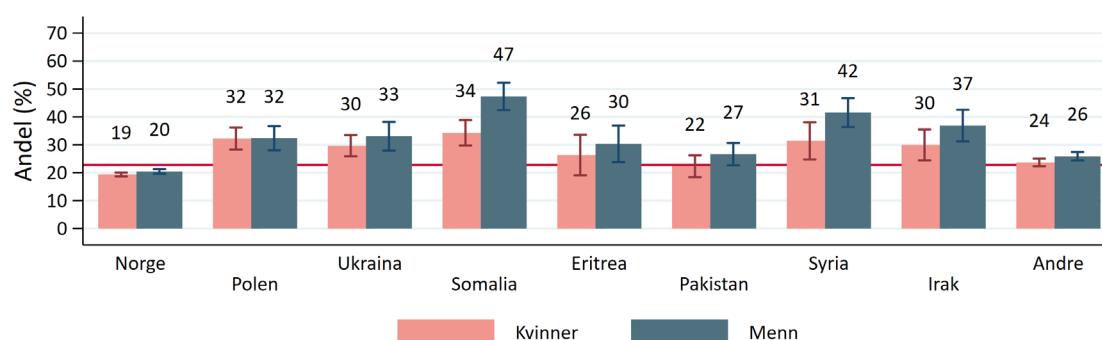
Figur C) viser at andelen som opplever å ha for liten bolig, er høyest blant dem i 30-årene for både kvinner og menn, med en liten topp allerede i 18-29-årsalderen. Deretter avtar andelen gradvis med økende alder for begge kjønn, og i 40-59-årsalderen er den allerede vesentlig lavere. Blant eldre over 70 er nivået svært lavt. Menn i 40-59-årsalderen ligger noe høyere enn kvinner, men ellers er kjønnsforskjellene små.

Figur D) viser at andelen som opplever boligen som for liten, øker med økende grad av økonomiske vansker for både kvinner og menn. Gruppen som synes husholdningsøkonomien er «svært vanskelig» har klart høyest andel trangbodde, mens de som opplever økonomien som «svært lett» ligger på et betydelig lavere nivå. Menn med «svært vanskelig» økonomi rapporterer oftest at boligen er for liten, men også kvinner i denne gruppen ligger vesentlig høyere enn kvinner som har lettere økonomisk situasjon.

Figur 40 forts: Boligen oppleves for liten etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).



E) Fødelandsgruppe



F) Utvalgte fødeland og kjønn, aldersjustert

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
 *EU/EFTA frem til 2004 u/Norden
 **Nye EU-land etter 2004

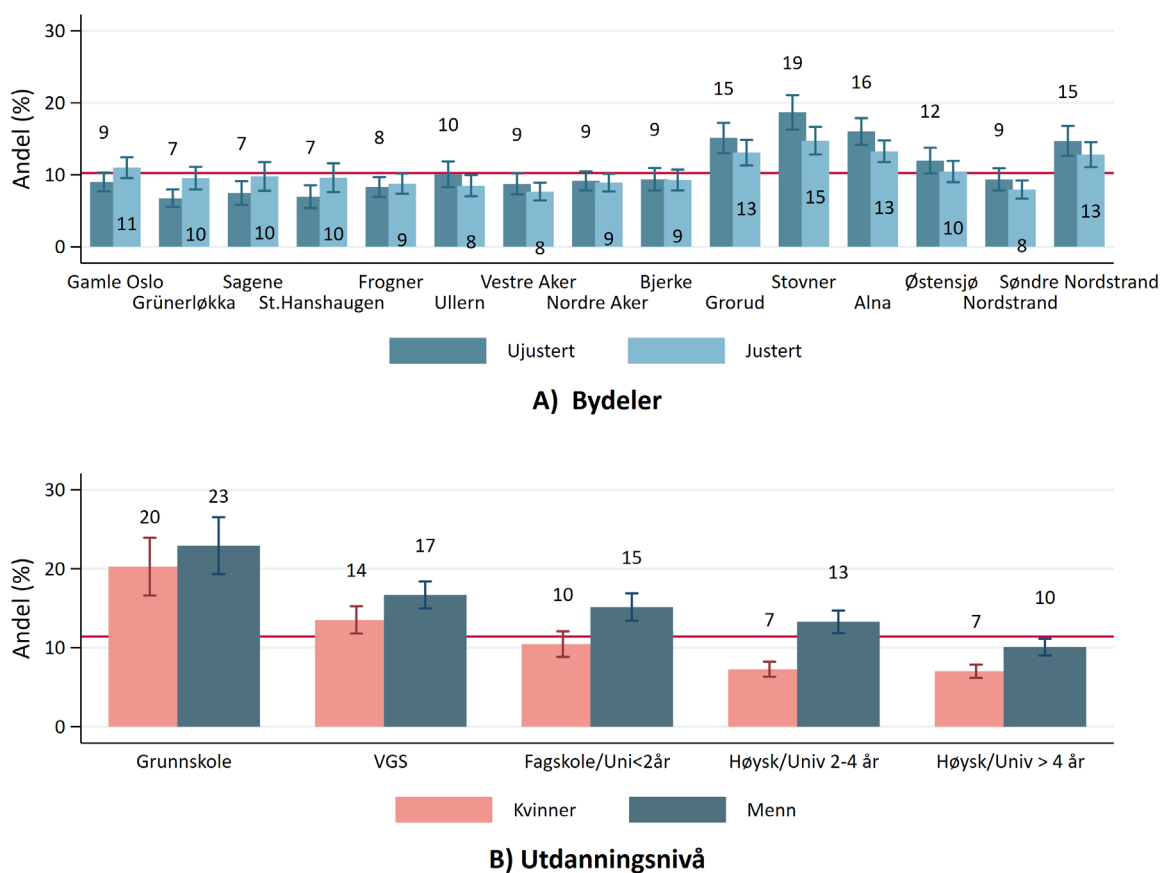
Figur E) viser at andelen som opplever at boligen er for liten, varierer tydelig etter fødelandsgruppe. Ujusterte tall indikerer at nivået er høyest blant dem fra Afrika, andre europeiske land utenom EU og nye EU-land, mens det er lavest for dem som er født i Norge. Justering for alder, kjønn og utdanning demper noe av forskjellene, men bildet er i hovedsak det samme: Personer med bakgrunn fra Afrika ligger fortsatt klart høyere enn dem med norsk bakgrunn, og ny-EU-innvandrere samt dem fra øvrige europeiske land ligger også på et høyere nivå. Forskjellene mellom de høyeste og laveste estimatene tyder på at fødeland har en sammenheng med hvorvidt en opplever boligen som for liten.

Figur F) viser at andelen som opplever boligen som for liten (trangboddhet) varierer betydelig mellom kjønn og fødeland. Både blant kvinner og menn i Norge ligger andelen noe under 20 %, mens den stiger klart i flere av innvandrerguppene. Blant menn er andelen spesielt høy i grupper som Somalia (47 %), Syria (41 %) og Irak (37 %), mens en del kvinner fra Somalia, Polen og Syria også skiller seg ut med et høyere nivå enn norske kvinner. Konfidensintervallene er brede i noen landgrupper, men forskjellen mellom de høyeste og laveste tallene er stor nok til å tyde på reelle forskjeller i trangboddhet på tvers av kjønn og fødeland. Det er imidlertid kun Somalia som har signifikante kjønnsforskjeller, der menn opplever betydelig mer trangboddhet enn kvinner.

3.44 Har eller har hatt diabetes, kols eller hjerte-karsykdom

Totalt 22548 deltakere av 22616 (99,7 %, spørsmålet kun gitt halve utvalget) hadde gyldig svar på Har eller har hatt diabetes, kols eller hjerte-karsykdom. Andelen for hele utvalget var **10,2 %** (KI95%: 9,8-10,7). Andelen for kvinner var 8,2 % (n=12665; KI95%: 7,7- 8,7) og andelen for menn var 12,3 % (n=9883; KI95%: 11,6-13,0).

Figur 41: Har eller har hatt diabetes, kols eller hjerte-karsykdom etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).

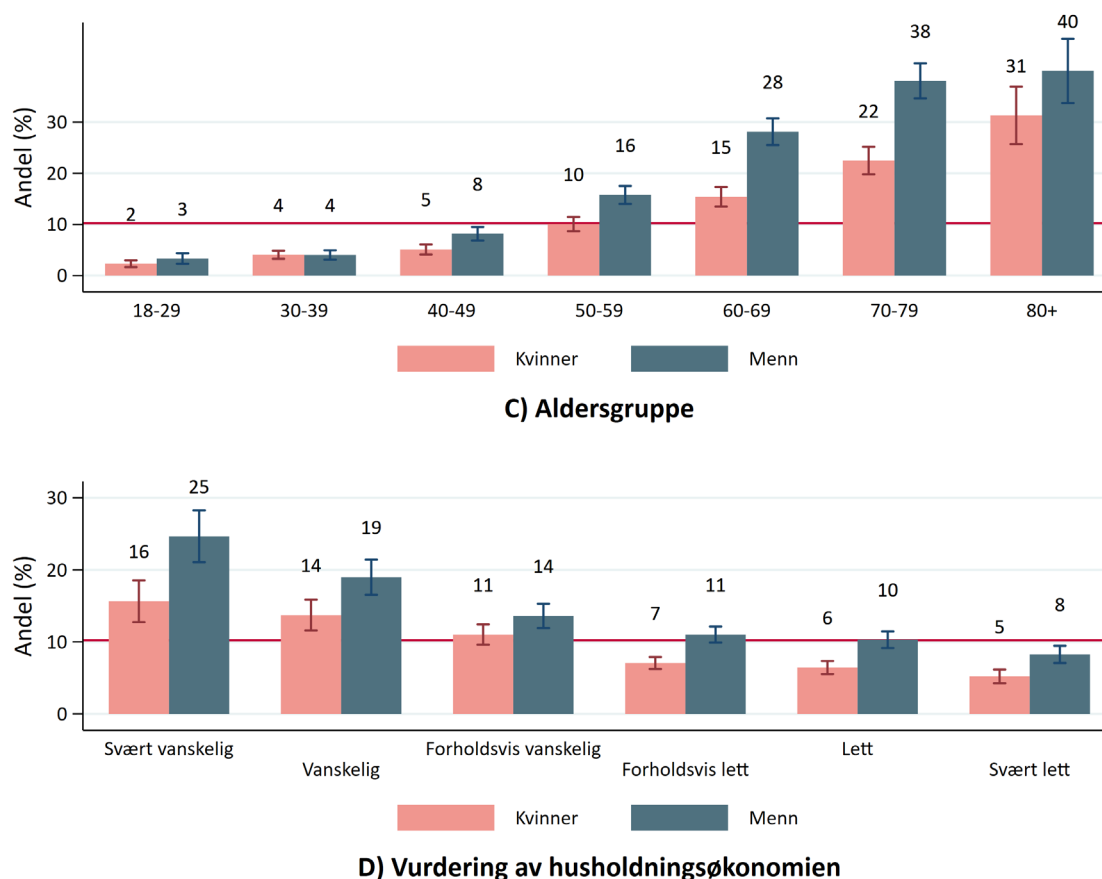


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser andelen som oppgir å ha eller ha hatt diabetes, kols eller hjerte-karsykdom (som infarkt eller hjerneslag) i de ulike bydelene i Oslo. De ujusterte tallene antyder høyest andel i Stovner, Alna, Grorud og Søndre Nordstrand, mens Grünerløkka, St. Hanshaugen og Sagene ligger lavest. Etter justering for kjønn, alder og utdanning reduseres forskjellene noe, men bydelene i Groruddalen (særlig Stovner og Grorud) har fremdeles høyest andel, mens Vestre Aker og Nordstrand justeres til lavere tall. Det er et spenn på rundt ti prosentpoeng mellom den høyeste og laveste bydelen, og konfidensintervallene indikerer at flere av forskjellene er reelle.

Figur B) viser at andelen med rapportert diabetes, kols eller hjerte-karsykdom avtar tydelig med økende utdanningsnivå, både blant kvinner og menn. For begge kjønn er nivået klart høyest i gruppen med grunnskole, og forskjellen mellom lavest og høyest utdanning er størst blant menn. Konfidensintervallene antyder at mange av forskjellene er reelle, særlig mellom de med grunnskole og dem som har lengst høyere utdanning.

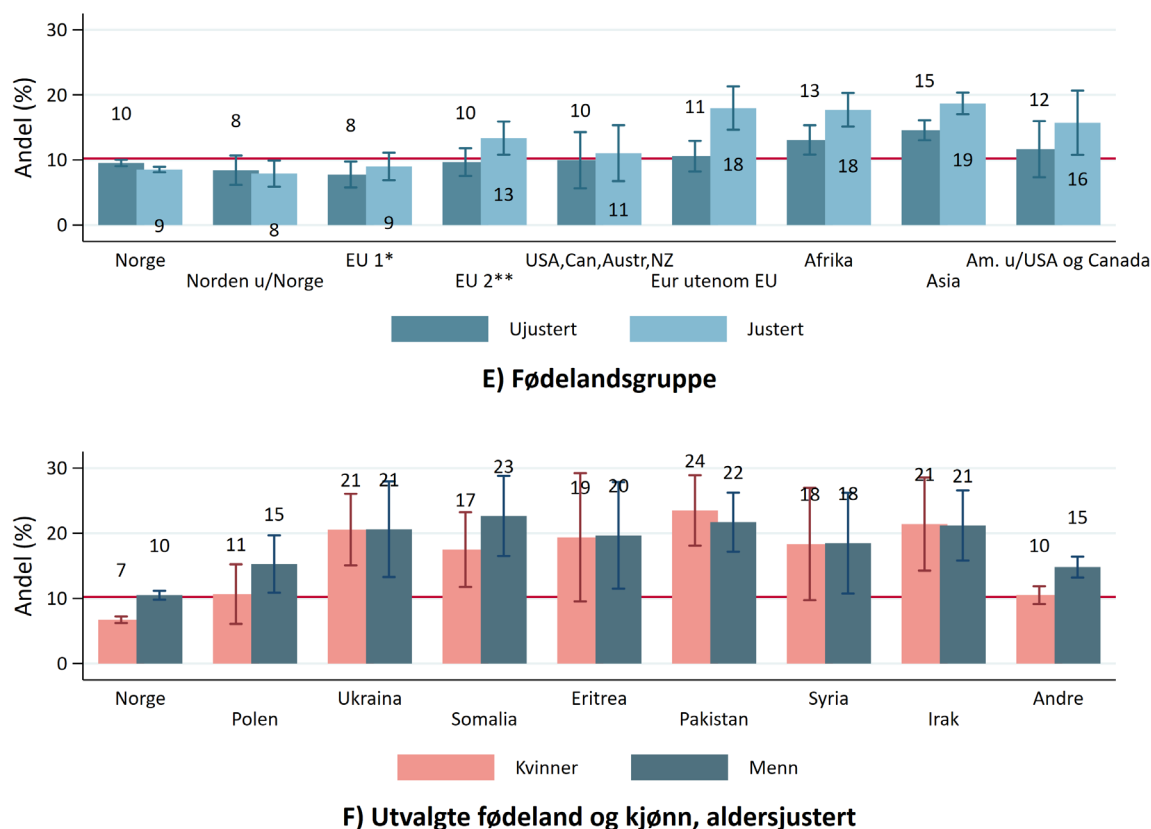
Figur 41 forts.: Har eller har hatt diabetes, kols eller hjerte-karsykdom etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Figur C) viser at andelen som har eller har hatt diabetes, kols eller hjerte-karsykdom øker tydelig med alderen for begge kjønn, men stigningen er brattere for menn enn for kvinner etter 40-årsalderen. Frem til 30-39 årsalderen er nivåene lave (rundt 3–4 %), men fra 50-årene og oppover ses en sterk økning, spesielt blant menn hvor andelen passerer 15 % allerede i 50-59-årsalderen og når nærmere 40 % eller mer i de eldste aldersgruppene. For kvinner fortsetter andelen å øke med stigende alder, men ligger noe lavere enn blant menn i de to eldste aldersgruppene.

Figur D) viser at andelen som rapporterer å ha eller ha hatt diabetes, kols eller hjerte-karsykdom stiger med økende grad av økonomiske vansker for begge kjønn, men forskjellen er spesielt markert blant menn: De som oppgir at det er «svært vanskelig» å få pengene til å strekke til, har omtrent tre ganger høyere andel med slike sykdommer enn de som vurderer økonomien som «svært lett». Kvinnene følger samme trend, men med noe lavere nivåer på tvers av økonomikategoriene.

Figur 41 forts: Har eller har hatt diabetes, kols eller hjerte-karsykdom etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).



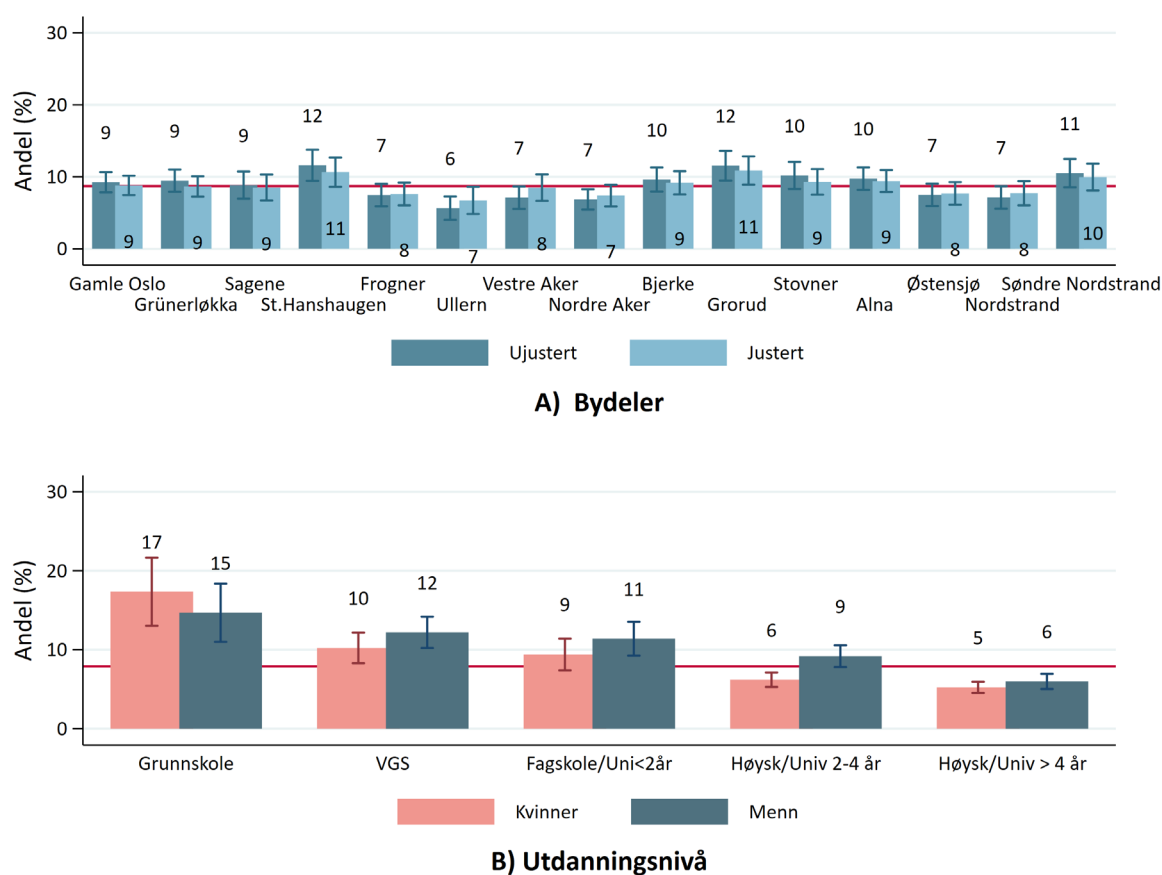
Figur E) viser at andelen som rapporterer å ha eller ha hatt diabetes, kols eller hjerte-karsykdom er lavest blant dem født i Norge og i noen vestlige land, og høyest blant personer fra Asia, Afrika og europeiske land utenfor EU, særlig etter justering for alder og kjønn. I de justerte tallene ser vi at andelen for eksempel er rundt 9 % for norskfødte, mens den er over det dobbelte for dem fra Afrika og Asia. Konfidensintervallene er relativt brede i noen av kategoriene, men forskjellene mellom de høyeste og laveste estimatene tyder på at fødeland har en tydelig sammenheng med risikoen for disse sykdommene.

Figur F) viser andelen som har eller har hatt diabetes, kols eller hjerte-karsykdom (for eksempel hjerteinfarkt eller hjerneslag), fordelt på kjønn og ulike opprinnelsesland. Blant kvinnene ligger norske kvinner lavere enn de fleste andre landgruppene, mens kvinner fra Pakistan, Irak og Ukraina ligger høyest, med rundt det dobbelte av norske kvinners nivå. Blant menn er også nordmenn på et lavt nivå, mens andelen er relativt høy blant menn fra Somalia, Pakistan, Irak og Eritrea. Konfidensintervallene er vide i enkelte av gruppene, men forskjellene mellom de høyeste og laveste verdiene tyder på at det er systematiske variasjoner i forekomsten av disse sykdommene etter kjønn og fødeland.

3.45 Udekket opplevd behov for tannlegetjenester

Totalt 22097 deltakere av 22616 (97,7 % spørsmålet kun gitt halve utvalget) hadde gyldig svar på Udekket opplevd behov for tannlegetjenester. Andelen for hele utvalget var **8,7 %** (KI95%: 8,3- 9,1). Andelen for kvinner var 7,9 % (n=12450; KI95%: 7,3- 8,4) og andelen for menn var 9,6 % (n=9647; KI95%: 8,9-10,3).

Figur 42: Udekket opplevd behov for tannlegetjenester etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).

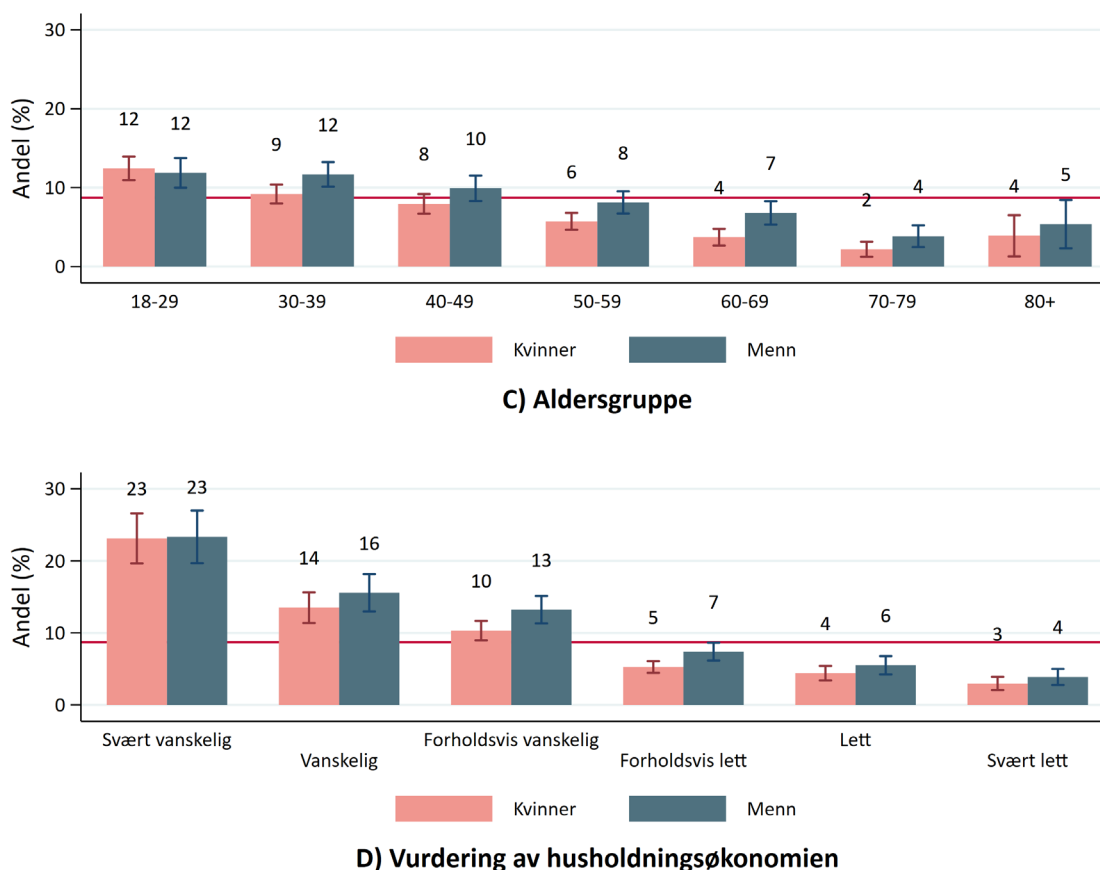


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser andelen som har hatt et udekket behov for tannlegetjenester i løpet av det siste året i Oslos bydeler. Ujusterte tall antyder at St. Hanshaugen og Grovdal ligger noe høyere enn bydelene vest i byen (Ullern, Vestre Aker), og etter justering for alder, kjønn og utdanningsnivå er samme mønster i hovedsak intakt. Forskjellene er ikke store (det skiller rundt fem-seks prosentpoeng mellom høyeste og laveste bydeler), men konfidensintervallene tilsier at flere av ulikhetene er reelle.

Figur B) viser at andelen som rapporterer udekket behov for tannlegetjenester, generelt avtar med høyere utdanning for begge kjønn. Det er i liten grad kjønnsforskjeller, med unntak av på nivået høyskole/universitet 2-4 år, der flere menn enn kvinner rapporterer et udekket behov. Konfidensintervallene indikerer at både menn og kvinner med bare grunnskoleutdanning har en signifikant høyere andel udekket tannlegebehov enn dem med lengst høyere utdanning.

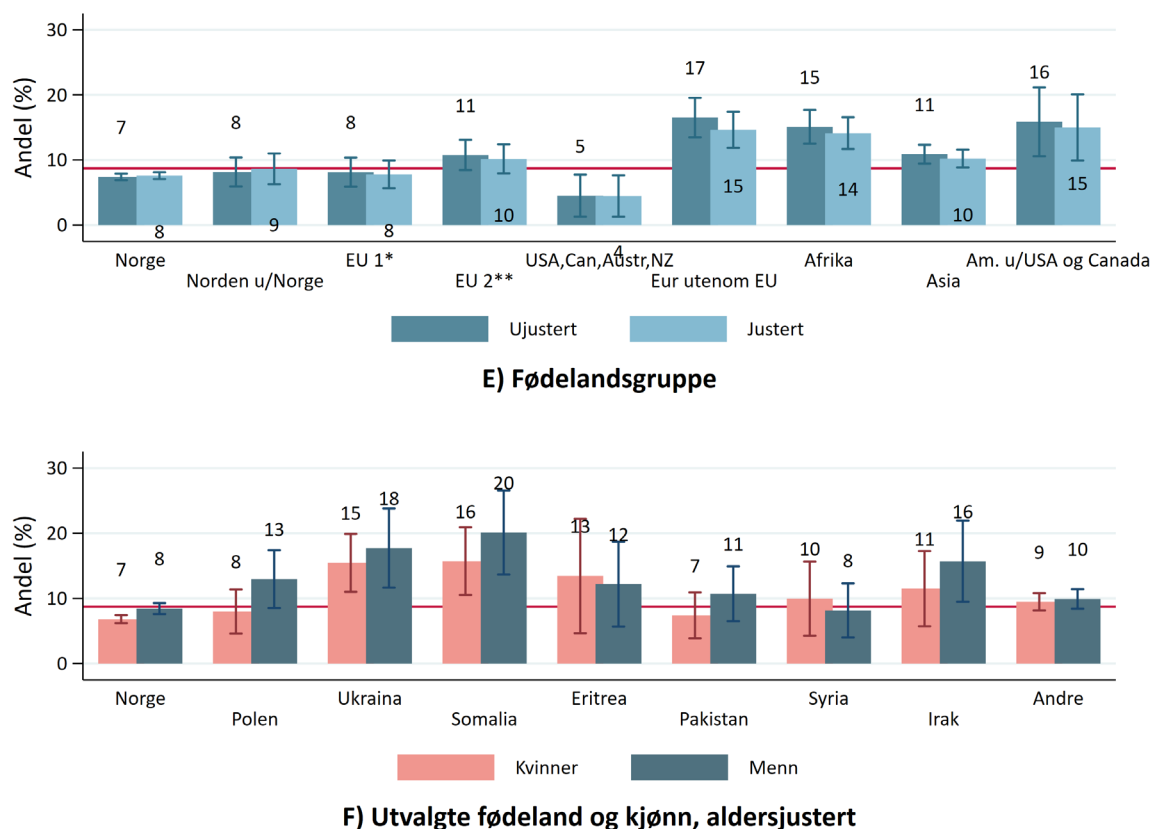
Figur 42 forts.: Udekket opplevd behov for tannlegetjenester etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Figur C) viser at andelen med udekket tannlegebehov er høyest i den yngste aldersgruppen (18-29 år) for begge kjønn, og at denne andelen avtar gradvis med stigende alder. Blant kvinner synker andelen fra rundt 12 % i 18-29 år til drøyt 2 % i 70-79-årsalderen. Også blant menn ses en nedgang på tvers av aldersgruppene. I noen av aldersgruppene er det flere menn enn kvinner som rapporterer et udekket behov. Konfidensintervallene er bredest i de eldste aldersgruppene, men hovedtrekket er at udekket tannlegebehov blir stadig sjeldnere etter hvert som alderen øker.

Figur D) viser at andelen med udekket behov for tannlege er langt høyere blant dem som opplever husholdningsøkonomien som «svært vanskelig», sammenlignet med dem som opplever den som «svært lett». Forskjellen er mest tydelig blant kvinner, der nesten én av fire i gruppen «svært vanskelig» økonomi rapporterer udekket tannlegebehov, mot under tre prosent i gruppen «svært lett». Blant menn er det en tilsvarende gradient. Konfidensintervallene indikerer at forskjellene er statistisk signifikante, særlig mellom yttergruppene.

Figur 42 forts: Udekket opplevd behov for tannlegetjenester etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
 *EU/EFTA frem til 2004 u/Norden
 **Nye EU-land etter 2004

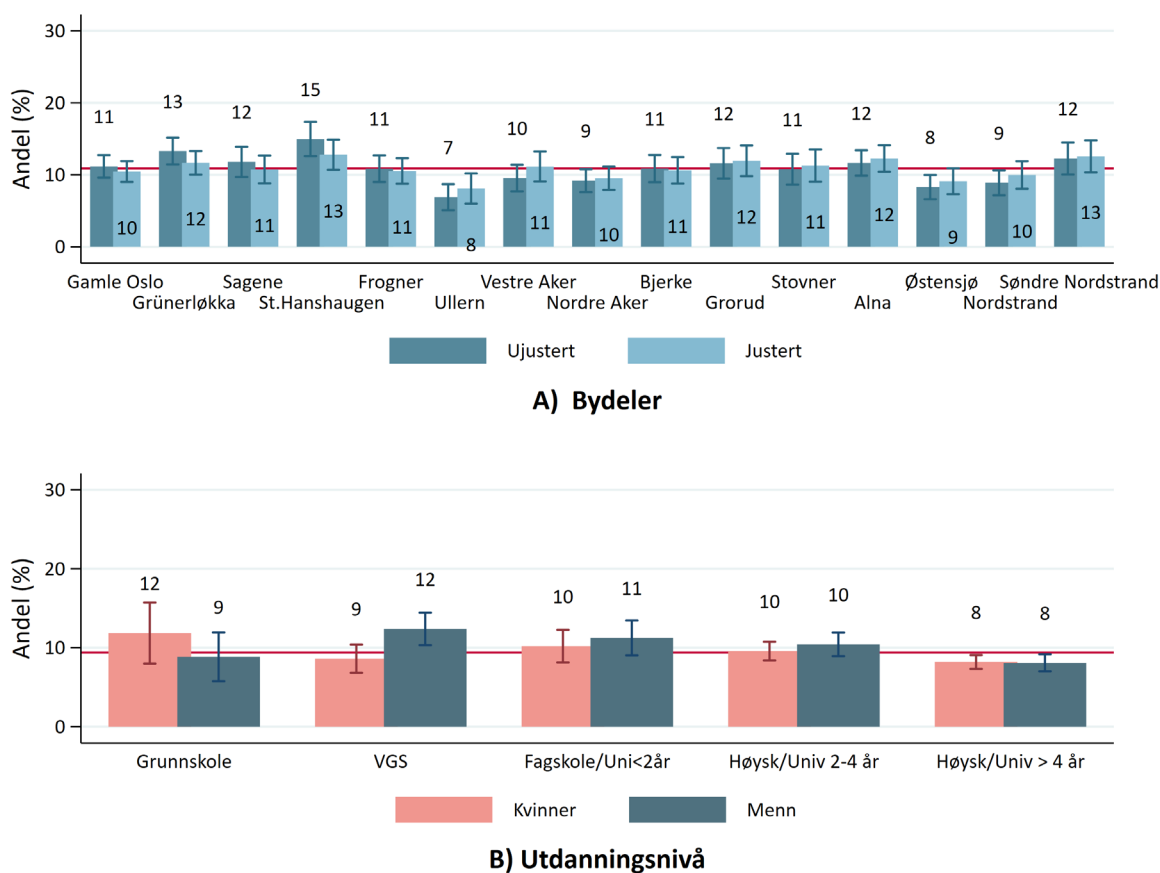
Figur E) viser andelen som har et udekket behov for tannlegetjenester, fordelt på fødelandsgruppe. Personer født i Norge har lavere andel enn de fleste andre gruppene, og den høyeste andelen ses blant dem fra europeiske land utenfor EU, Afrika og øvrige amerikanske land utenom USA og Canada. Dette bildet vedvarer etter justering for alder og kjønn, selv om forskjellene da blir noe mindre. Konfidensintervallene er brede i enkelte kategorier, men skillelinjene mellom de med høyest og lavest andel tyder likevel på at fødeland har sammenheng med risikoen for å stå uten nødvendig tannlegebehandling.

Figur F) viser andelen som har et udekket behov for tannlegetjenester etter kjønn og fødeland. Lavest andel finner vi blant norske og pakistanske kvinner (7 %). Blant innvandrerkvinnene skiller Ukraina, Somalia og Eritrea seg ut med høyere andeler (rundt 10–15 %), men menn fra disse landene rapporterer et udekket tannlegebehov på et enda høyere nivå. For eksempel er andelen blant menn fra Somalia på rundt 20 %, som er det høyeste av alle gruppene. Menn fra Ukraina, Irak og Polen ligger også relativt høyt sammenlignet med norske menn. Konfidensintervallene er til dels vide i enkelte kategorier, men forskjellene mellom dem som ligger lavest (norske kvinner) og høyest (menn fra Somalia) er store nok til å tyde på reelle variasjoner i udekket tannlegebehov mellom kjønn og fødelandsgrupper.

3.46 Udekket opplevd behov for psykiske helsetjenester

Totalt 21680 deltakere av 22616 (95,9 % spørsmålet kun gitt halve utvalget) hadde gyldig svar på Udekket opplevd behov for psykiske helsetjenester. Andelen for hele utvalget var **10,9 %** (KI95%: 10,4-11,4). Andelen for kvinner var 10,8 % (n=12233; KI95%: 10,2-11,5) og andelen for menn var 10,9 % (n=9447; KI95%: 10,2-11,7).

Figur 43: Udekket opplevd behov for psykiske helsetjenester etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).



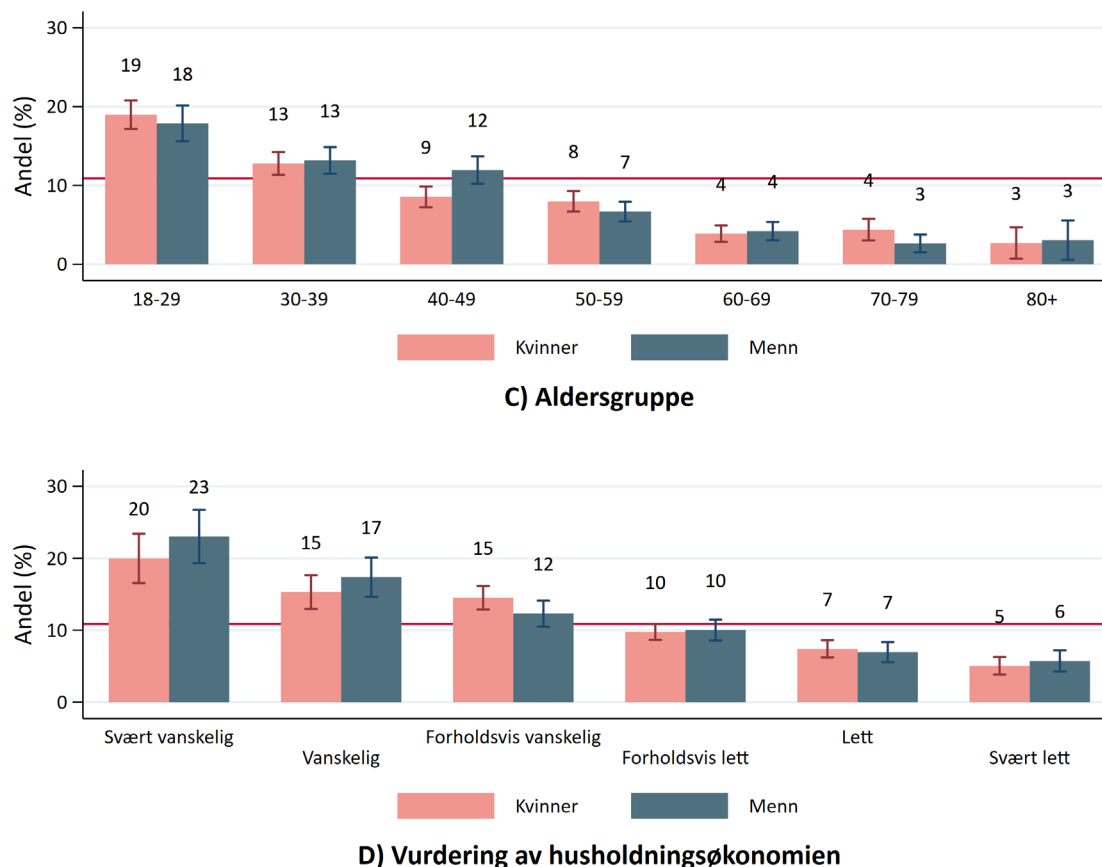
Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser andelen som rapporterte at de har hatt behov for profesjonell hjelp for psykiske plager i løpet av de siste tolv månedene, men ikke søkt hjelp, fordelt på bydel i Oslo. Resultatene, både før og etter justering for alder, kjønn og utdanning, antyder at St. Hanshaugen har den høyeste andelen (rundt 13 % justert), mens Ullern og Østensjø ligger lavere (rundt 8–9 % justert). Forskjellene mellom bydelene er ikke veldig store, men konfidensintervallene tyder på at noen av ulikhetene er reelle, spesielt ved sammenligning av de bydelene som ligger høyest (St. Hanshaugen og Søndre Nordstrand) og dem som ligger lavest (Ullern).

Figur B) viser at andelen som rapporterer udekket behov for psykiske helsetjenester avtar med økende utdanning for begge kjønn, men mønsteret er ikke helt likt. Blant kvinnene er andelen høyest i gruppen med grunnskole (rundt 12 %), og synker jevnt med stigende utdanningsnivå, ned til om lag 8 % for dem med lengst høyere utdanning. Hos menn er det gruppen med videregående skole som ligger høyest (12 %), mens menn med grunnskole havner lavere (9 %). For begge kjønn er andelen lavest i gruppen med lang høyere utdanning. Konfidensintervallene

indikerer at flere av forskjellene, spesielt mellom laveste og høyeste utdanningsnivå blant menn, er statistisk signifikante.

Figur 43 forts.: Udekket opplevd behov for psykiske helsetjenester etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

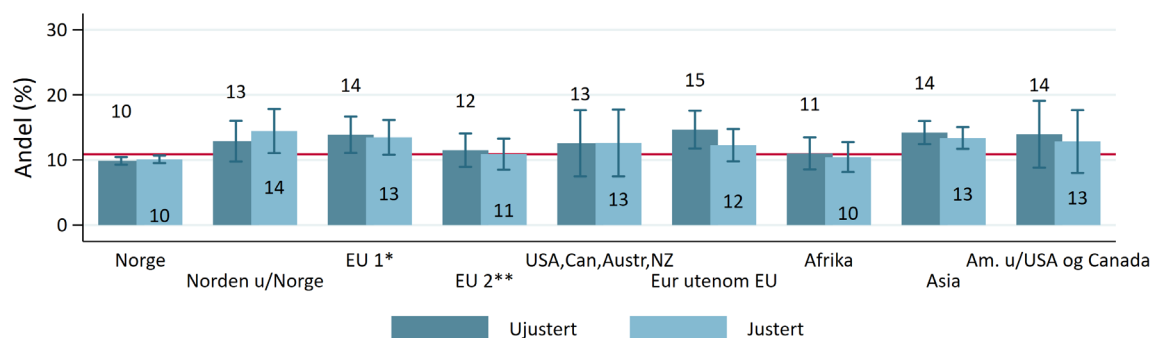


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

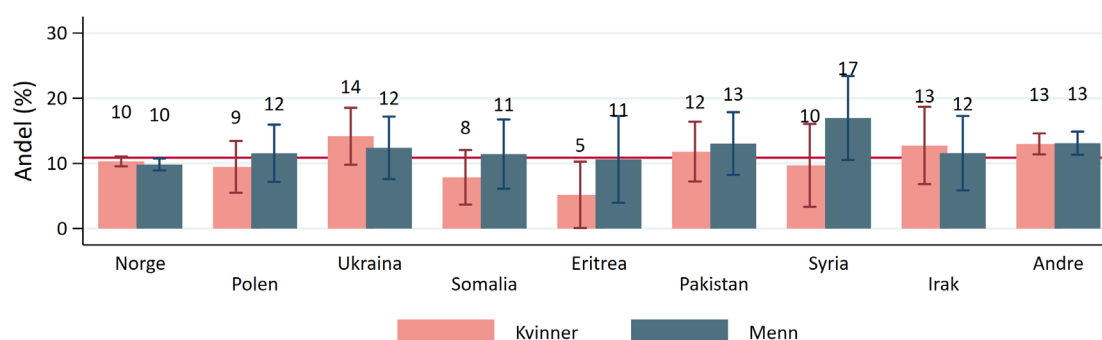
Figur C) viser at andelen som rapporterer et udekket behov for psykiske helsetjenester avtar markant med stigende alder for både kvinner og menn. Blant de yngste (18-29 år) rapporterer rundt 18-19 % av begge kjønn at de har hatt behov for psykisk hjelp uten å søke, mens denne andelen er under 5 % i gruppene over 60. Kvinner ligger litt lavere enn menn i 40-49-årsalderen, men ellers er kjønnsforskjellene små. Konfidensintervallene blir større i de eldste aldersgruppene, men trenden er at udekket behov er betydelig mer utbredt hos unge voksne enn hos eldre.

Figur D) viser at andelen som rapporterer et udekket behov for psykiske helsetjenester, øker tydelig med økende økonomiske vansker for både kvinner og menn. Forskjellen er særlig stor mellom dem som synes husholdningsøkonomien er «svært vanskelig» og dem som synes den er «svært lett». Kjønnsforskjellene er små i alle økonomikategoriene. Konfidensintervallene indikerer at forskjellene mellom de ytterste gruppene, «svært vanskelig» og «svært lett», er signifikante.

Figur 43 forts: Udekket opplevd behov for psykiske helsetjenester etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).



E) Fødelandsgruppe



F) Utvalgte fødeland og kjønn, aldersjustert

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
 *EU/EFTA frem til 2004 u/Norden
 **Nye EU-land etter 2004

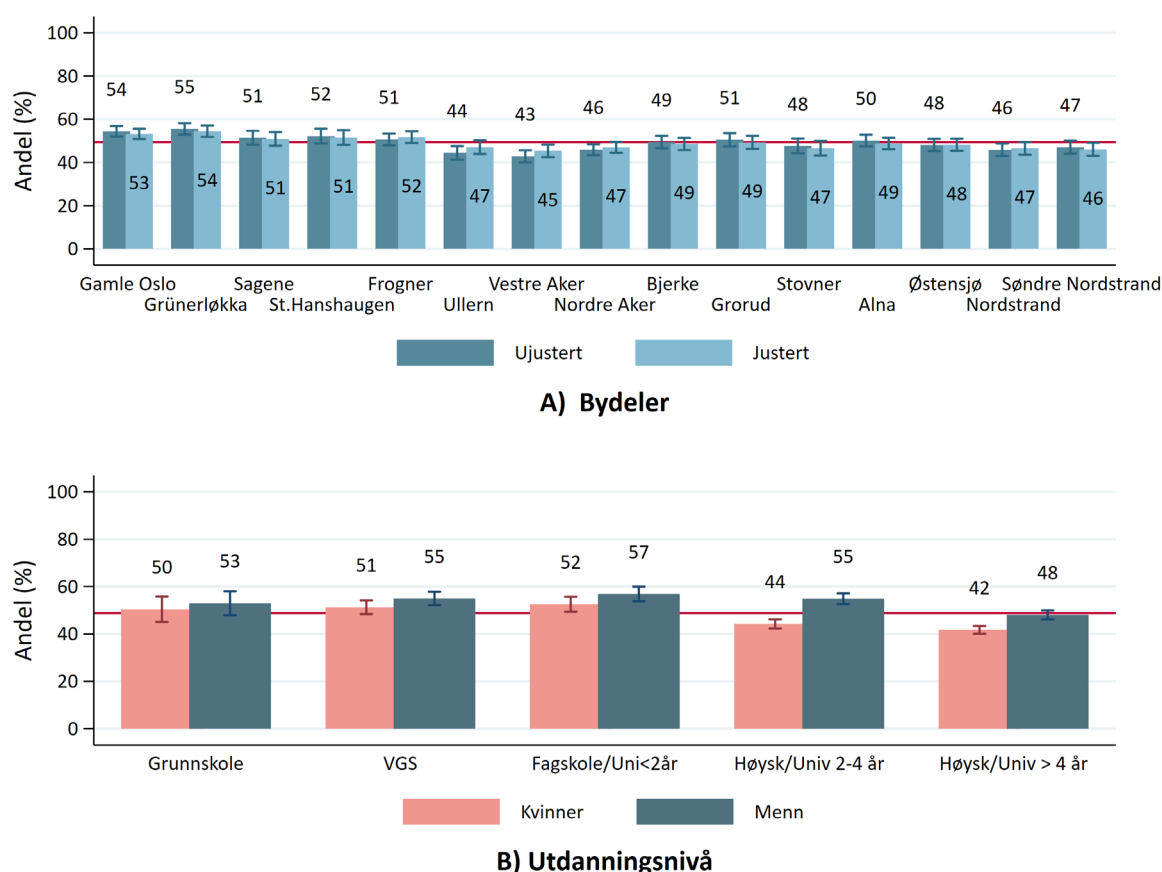
Figur E) viser andelen som oppgir å ha behov for profesjonell hjelp til psykiske plager, men ikke søker hjelp, fordelt på ulike fødelandsgrupper. Justerte tall antyder at personer født i Norge ligger omtrent på gjennomsnittsnivået, mens de som er født i Norden utenom Norge har noe høyere andel. Personer fra Asia og EU-land før 2004 ligger også noe over nivået for dem fra Norge. Konfidensintervallene tyder på at en del av forskjellene er reelle, spesielt mellom de gruppene som ligger helt øverst og dem som ligger nederst i andel.

Figur F) viser at andelen som rapporterer udekket behov for psykiske helsetjenester varierer noe mellom kjønn og landbakgrunn. Norske kvinner ligger på om lag 10 %, mens tilsvarende tall er høyest blant kvinner fra Ukraina (14 %) og Irak (13 %). Kvinner fra Eritrea skiller seg ut med lavest estimat, men dette tallet har svært brede konfidensintervaller. For menn ligger nordmenn på et nivå tilsvarende norske kvinner (rundt 10 %), mens menn fra Pakistan, Irak og Polen ligger litt høyere (rundt 11–13 %). Menn fra Syria skiller seg ut med den høyeste andelen (om lag 17 %). Konfidensintervallene i flere av disse landgruppene er vide, men forskjellene mellom noen få av dem indikerer at det er statistisk signifikante forskjeller.

3.47 Opplevd fysisk eller psykisk vold eller voldtekt i løpet av livet

Totalt 22211 deltakere av 22864 (97,1 %, spørsmålene kun gitt halve utvalget) hadde gyldig svar på Opplevd fysisk eller psykisk vold eller voldtekt i løpet av livet. Andelen for hele utvalget var **49,4 %** (KI95%: 48,7-50,2). Andelen for kvinner var 46,2 % (n=12330; KI95%: 45,2-47,2) og andelen for menn var 52,7 % (n=9881; KI95%: 51,5-53,8).

Figur 44: Opplevd fysisk eller psykisk vold eller voldtekt i løpet av livet etter bydeler i Oslo (A) og kjønn og utdanningsnivå (B).

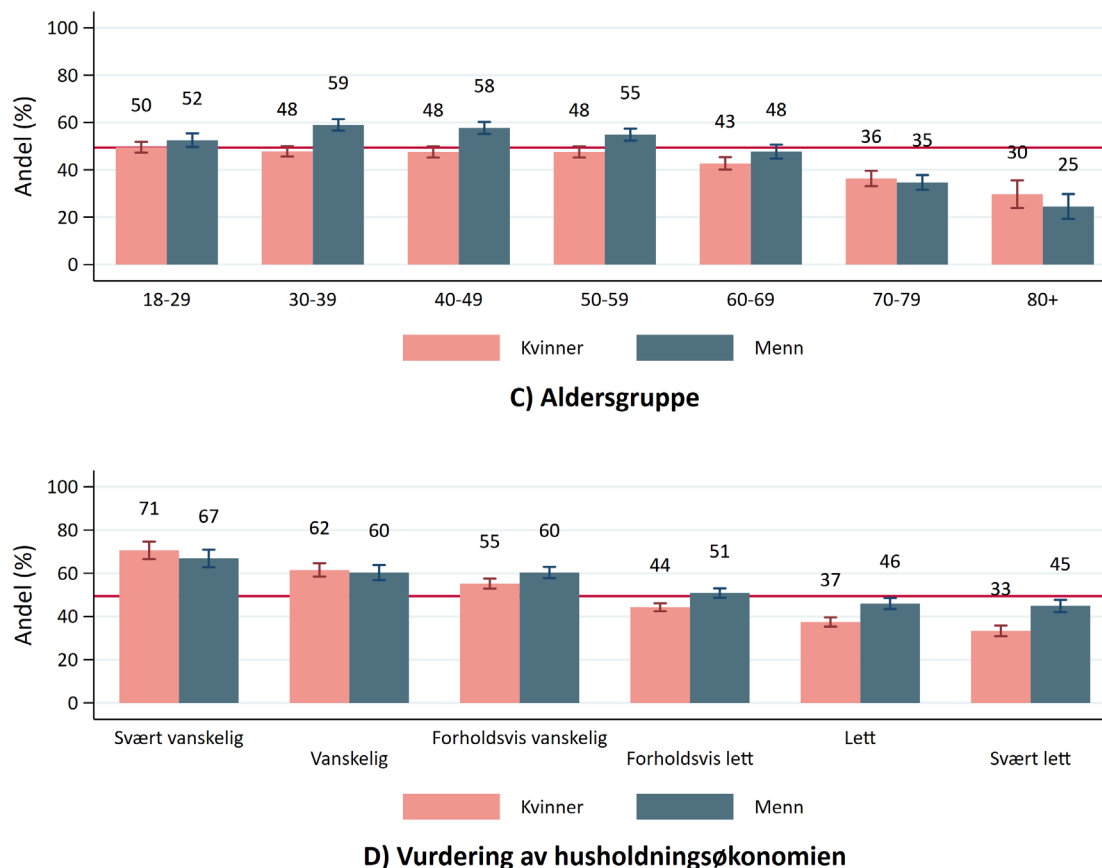


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur A) viser andelen som oppgir å ha blitt utsatt for fysisk eller psykisk vold eller tvunget til samleie minst én gang i løpet av livet, fordelt på bydel. Med tvunget samleie menes her at en har opplevd å bli tvunget til samleie eller oral- eller analsex mot sin vilje. Etter justering for alder, kjønn og utdanning ligger Grünerløkka og Gamle Oslo øverst, mens Søndre Nordstrand, Vestre Aker og Ullern ligger lavest. Forskjellen mellom bydelene er på rundt 12 prosentpoeng fra høyeste til laveste estimat (ujustert), noe som tyder på en reell variasjon i voldserfaring. Rangeringen endrer seg lite før og etter justering, noe som viser at enkel demografi i liten grad forklarer forskjellene.

Figur B) viser at andelen som har opplevd fysisk eller psykisk vold eller tvunget samleie i løpet av livet, etter utdanningsnivå for kvinner og menn. Blant både kvinner og menn er andelen lavest blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning av lengre varighet, mens den er noe høyere for dem med kort og mellomlang utdanning. Kjønnforskjellene er tydeligst hos dem med lengre utdanning, der menn rapporterer mer fysisk eller psykisk vold eller tvunget samleie i løpet av livet, sammenlignet med kvinner.

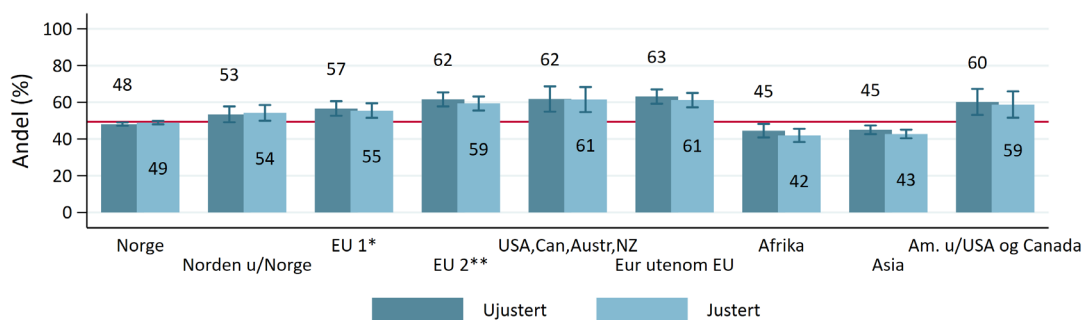
Figur 44 forts.: Opplevd fysisk eller psykisk vold eller voldtekt i løpet av livet etter kjønn og alder (C), kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



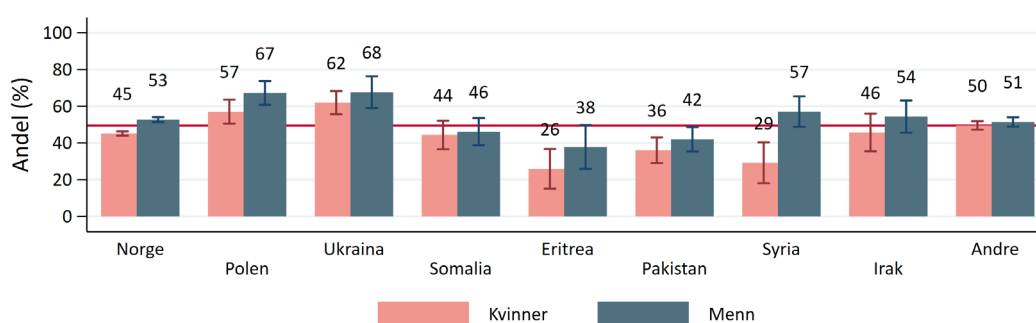
Figur C) viser at andelen som har opplevd fysisk eller psykisk vold eller tvungen samleie i løpet av livet, varierer merkbart mellom aldersgruppene og mellom kjønnene. Blant kvinnene ligger andelen relativt stabilt på rundt 48–50 % fra 18 til 59 år, før den synker til 30 % ved 80-årsalderen. Hos menn er andelen høyest mellom 30 og 49 år, hvor godt over halvparten rapporterer voldserfaringer. Deretter avtar tallene med stigende alder og blir vesentlig lavere fra 60 år og oppover. Forskjellene mellom de yngste og de eldste aldersgruppene tyder på en reell aldersrelatert nedgang i andelen som rapporterer slike opplevelser.

Figur D) viser andelen som rapporterte å ha opplevd fysisk eller psykisk vold eller voldtekt i løpet av livet, fordelt på kjønn og husholdningsøkonomi. Blant kvinner ser vi at andelen er høyest i gruppen som oppgir at det er svært vanskelig å få pengene til å strekke til, og at den avtar gradvis mot gruppen som oppgir at det er svært lett. For menn er nivået også høyest blant dem som oppgir svært vanskelig husholdningsøkonomi, men skiller seg noe ut ved at andelen ligger stabilt mellom «forholdsvis vanskelig» og «vanskelig». I gruppene som har vanskelig for å få husholdningsøkonomien til å strekke til er det i liten grad kjønnsforskjeller, mens jo lettere økonomien er, desto større kjønnsforskjeller er det i favør av at menn har en høyere andel med voldserfaringer enn kvinner.

Figur 44 forts: Opplevd fysisk eller psykisk vold eller voldtekt i løpet av livet etter fødelandsgruppe (E) og kjønn og utvalgte fødeland (F).



E) Fødelandsgruppe



F) Utvalgte fødeland og kjønn, aldersjustert

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
 *EU/EFTA frem til 2004 u/Norden
 **Nye EU-land etter 2004

Figur E) viser andelen som rapporterer å ha opplevd fysisk eller psykisk vold eller voldtekt i løpet av livet, fordelt på fødelandsgruppe. Både i ujusterte og justerte tall (justert for kjønn og alder) er andelen høyest blant personer fra europeiske land utenom EU, USA, Canada, Australia og New Zealand, mens den er klart lavest blant dem fra Afrika og Asia. Forskjellen mellom disse gruppene er stor, og konfidensintervallene indikerer at forskjellen er statistisk signifikant.

Figur F) viser andelen som rapporterer å ha opplevd fysisk eller psykisk vold eller voldtekt i løpet av livet, fordelt på kjønn og på enkelte utvalgte fødeland. Vi ser at både blant kvinner og menn er andelen høyest for dem fra Polen og Ukraina, og at den er betydelig lavere blant dem fra eksempelvis Eritrea og Pakistan (for begge kjønn). Norge ligger et sted imellom disse ytterpunktene, med høyere andel blant menn enn blant kvinner. Forskjellen mellom de høyeste og de laveste tallene er stor, og manglende overlapp i konfidensintervaller indikerer statistisk signifikante forskjeller.

4. Oppsummering og diskusjon

Folkehelseundersøkelsen i Oslo er en omfattende kartlegging av befolkningens helse og levekår, og resultatene som her presenteres, gir et overordnet bilde av helseutfordringer og ressurser blant innbyggerne i hovedstaden. Undersøkelsen omfatter et bredt spekter av indikatorer knyttet til fysisk og psykisk helse, helseatferd og sosiale forhold, og gir et rikt informasjonsgrunnlag som kan støtte opp om målrettet folkehelsearbeid både på by- og bydelsnivå.

På grunn av undersøkelsens omfang er det dessverre ikke mulig å diskutere alle resultatene like inngående her. Diskusjonen vil derfor i hovedsak ta for seg temaer som er inkludert i grunnmodulen til FHUS spørreskjemaet. Den vil også trekke fram noen overordnede mønstre og relevante funn fra undersøkelsen, med mål om å belyse viktige utfordringer og ressurser i Oslo kommune.

4.1 Forskjeller på tvers av bydeler

Resultatene fra undersøkelsen viser tydelige forskjeller mellom Oslos bydeler når det gjelder en rekke indikatorer på helse, livsstil og livskvalitet. Et gjennomgående mønster som trer frem er et geografisk øst-vest-skilte, der befolkningen i bydelene i vest generelt rapporterer bedre helse, mindre helseplager, og sunnere livsstilsvaner sammenlignet med innbyggerne i flere østlige bydeler. Dette mønsteret gjelder blant annet selvrapportert generell helse, tannhelse, og forekomsten av fedme og overvekt. For eksempel skiller bydeler som Vestre Aker, Ullern og Nordre Aker seg ut med høyere andeler innbyggere som vurderer egen helse som god eller svært god, samt lavere forekomst av fedme, sammenlignet med bydeler som Stovner, Alna og Søndre Nordstrand, der forekomsten av helseproblemer er høyere.

Den geografiske variasjonen er også tydelig innenfor levekår og sosiale indikatorer. Bydeler i øst, som Stovner, Grorud, Alna og Søndre Nordstrand, viser høyere forekomst av økonomiske vansker, lavere grad av opplevd sosial støtte og lavere nivå av tillit til andre sammenlignet med bydeler i vest, som Vestre Aker og Ullern. Disse funnene indikerer at helseulikhetene i Oslo er tett knyttet til psykososiale og økonomiske forhold, og at disse forskjellene i stor grad følger en øst-vest-gradient. Disse geografiske forskjellene består også når analysene justerer for faktorer som kjønn, alder og utdanningsnivå, noe som understreker at ulikhetene ikke utelukkende kan forklares av forskjeller i demografi.

Samtidig viser undersøkelsen at sentrumsnære bydeler som Grünerløkka, Sagene og St. Hanshaugen har en annen type utfordringer enn de typiske øst- og vestlige områdene. Disse bydelene har lavere gjennomsnittsalder¹² og en høyere andel rapporterer at boligen oppleves som for liten. Dette kan delvis skyldes det er flere yngre voksne som bor i sentrale deler av byen, hvor tilgang til boligareal kan være annerledes enn i ytre bydeler.

Livsstilsindikatorer som fysisk aktivitet og kosthold viser også klare forskjeller mellom bydelene. Innbyggerne i vestlige bydeler som Vestre Aker rapporterer høyere grad av regelmessig fysisk aktivitet og sunnere kostholdsvaner, inkludert hyppigere inntak av fisk, grønnsaker og grove kornprodukter. Til sammenligning har bydeler som Alna og Søndre Nordstrand lavere andeler på disse indikatorene.

¹² <https://bydelsfakta.oslo.kommune.no/bydel/alle/alder/>

Oppsummert indikerer funnene at helse og levekår i Oslo ikke er tilfeldig fordelt, men følger klare geografiske mønstre med konsekvente forskjeller mellom østlige og vestlige deler av byen. Selv om det forekommer variasjon også innenfor bydeler, gir det overordnede bildet en klar indikasjon på behovet for målrettede tiltak som tar hensyn til bydelenes spesifikke utfordringer og ressurser.

4.2 Kjønnsforskjeller

Kjønnsforskjeller er et interessant aspekt ved resultatene fra Folkehelseundersøkelsene, også i Oslo, og flere mønstre fremkommer tydelig. Når det gjelder helse og levekår, ser vi at kvinner generelt rapporterer flere helseutfordringer enn menn. Dette gjelder blant annet forekomsten av søvnproblemer, hvor en høyere andel kvinner enn menn har indikasjon på insomni. Dette mønsteret ser vi også når det gjelder muskel- og skjelettplager som korsryggsmerter og nakkesmerter. Disse kjønnsforskjellene består på tvers av utdanningsgrupper og alder.

Når det gjelder psykiske plager målt med HSCL, ser vi også kjønnsforskjeller, men disse er noe mer nyanserte. Kvinner rapporterer høyere grad av psykiske plager enn menn, spesielt blant dem med høyere utdanning. Samtidig ser vi at nivået av psykiske plager avtar betydelig med økende alder hos begge kjønn, med størst kjønnsforskjeller i yngre aldersgrupper. I forhold til opplevde økonomiske vansker og livskvalitet er også kjønnsforskjellene verdt å merke seg: Kvinner oppgir noe høyere tilfredshet med livet og fremtidsoptimisme enn det menn gjør, spesielt i gruppene med mest økonomiske vansker. Dette kan reflektere ulike helse- og livsbetingelser for menn og kvinner med lav økonomisk trygghet. Vi kan også spekulere i om funnene også indikerer at kvinner har større psykologisk resiliens eller andre mestringsstrategier som bidrar til å opprettholde noe høyere livstilfredshet og optimisme, til tross for økonomiske utfordringer. Det skal likevel bemerkes at både fremtidsoptimisme og tilfredshet med livet var betydelig redusert hos dem som oppgir vansker med å få pengene til å strekke til i det daglige.

Når det gjelder helseatferd som fysisk aktivitet og kosthold, viser resultatene ulike kjønnsrelaterte mønstre. En høyere andel kvinner oppgir regelmessig inntak av frukt og grønnsaker enn det menn gjør. Dette gjelder for nesten alle aldersgrupper og utdanningsnivåer. Menn oppgir generelt høyere forekomst av overvekt, samt et høyere inntak av sukkerholdig brus og alkohol. Selv om det er klare kjønnsforskjeller når det gjelder andelen overvektige, er disse forskjellene mer eller mindre borte når det gjelder andelen med fedme. Når det gjelder alkoholforbruk, viser resultatene at menn gjennomgående drikker hyppigere og større mengder enn kvinner, samt høyere forekomst av episodisk høyt alkoholkonsum.

Undersøkelsen viser også klare kjønnsforskjeller i sosial interaksjon og opplevelse av nærmiljøet. Kvinner opplever generelt høyere nivå av sosial støtte og mer givende sosiale relasjoner enn menn, uavhengig av økonomiske forhold og utdanningsnivå. Sammenfallende med dette er andelen som betegnes som ensomme etter UCLA-skalaen litt høyere blant menn (17,3 %) enn kvinner (16,3 %). Dette er et funn som avviker fra tall fra folkehelseundersøkelsen i andre fylker, der andelen ensomme gjennomgående er funnet noe høyere blant kvinner enn menn. Når det gjelder opplevelse av trygghet i nærmiljøet observeres høyere skårer blant menn og kjønnsforskjellene er særlig tydelige blant de yngste og dem over 80 år.

Kjønnsforskjellene i Oslo er sammensatte, og bør trolig tas med i betraktning ved utforming av fremtidige folkehelseiltak. Resultatene fra folkehelseundersøkelsen har også en rekke andre

interessante funn når det gjelder kjønnsforskjeller, som ikke nevnes her, men som bør utforskes videre i forbindelse med folkehelsearbeidet i kommunen.

4.3 Aldersforskjeller

Resultatene viser gjennomgående aldersforskjeller i både helse, livsstil og opplevd livskvalitet i Oslos befolkning. Det er særlig verdt å legge merke til hvordan de ulike indikatorene fordeler seg på tvers av alder, noe som kan reflektere viktige livsfaser og tilhørende utfordringer eller ressurser.

Når det gjelder generell helse, viser resultatene at andelen som vurderer egen helse som god eller svært god, synker betydelig med økende alder, fra et nivå på over 70 prosent blant de yngste til under 60 prosent blant dem over 80 år. Samtidig viser tallene at andelen som oppgir at hverdagen i stor grad er påvirket av langvarige helseproblemer, øker med alderen opp mot 50 årene, for deretter å synke noe, før det stiger igjen for aldersgruppen 80+. Dette mønsteret kan kanskje forstås i lys av både økt sykdomsforekomst med stigende alder og endrede forventninger til helse og funksjonsnivå med høy alder. Nedgangen i 60-70-årene kan også tenkes å reflektere at mange i den perioden går over i alderspensjon, med endringer det medfører av krav til funksjon i hverdagen.

For insomni er det aldersspesifikke mønstre som skiller seg noe ut. Mens kvinner har høyest forekomst av insomni i 50-årene, er menn mest plaget i yngre alder, og forekomsten reduseres gradvis hos begge kjønn med stigende alder. Dette mønsteret kan reflektere forskjeller i stressbelastning og biologiske faktorer, og det kan også indikere endrede forventninger til søvn hos eldre.

Når det gjelder psykiske plager, viser tallene en tydelig trend. Plagenivået er høyest blant unge voksne og avtar deretter jevnt med stigende alder. Dette gjelder for både kvinner og menn. Nivået av psykiske plager er markant høyere blant yngre enn eldre voksne. Dette kan henge sammen med økte forventninger, høyere stressnivå og mindre økonomisk stabilitet i tidlige livsfaser. Dette avtar gradvis med alder, parallelt med mer økonomisk stabilitet og en økende opplevelse av tilfredshet med livet.

Livsstilsfaktorer som fysisk aktivitet, alkoholforbruk og kosthold viser også tydelige aldersrelaterte mønstre. For fysisk aktivitet observeres høyest nivå hos de yngste voksne, med et gradvis fall fra 30-årsalderen og frem til de eldste aldersgruppene. Samtidig øker andelen som spiser fisk regelmessig med alderen, noe som kan tyde på livsstilsendringer eller økt bevissthet rundt sunnhet i senere livsfaser. Inntaket av sukkerholdig drikke er høyest blant de yngste og avtar med stigende alder, noe som gjenspeiler typiske kostholdsvaner hos yngre voksne.

Mål på sosial integrering og fellesskap øker systematisk med alderen. Høy grad av ensomhet er klart mest utbredt blant yngre voksne, og synker markant med økende alder. Samtidig øker følelsen av stedstilhørighet og tillit til andre betydelig fra yngre voksne til eldre aldersgrupper. Disse funnene understreker at eldre aldersgrupper i større grad har etablert stabile sosiale nettverk, mens yngre voksne kan være mer utsatt for sosial isolasjon, gjerne knyttet til livsendringer, flytting og overgangsfaser.

Når det gjelder bruk av tobakk, ser vi at andel som oppgir daglig snusbruk avtar tydelig med økende alder, mens daglig røyking har en tendens til å være høyest i middelalderen og deretter avta blant eldre. Dette kan delvis skyldes en seleksjonseffekt, der personer som ikke røyker

lever lenger, mens røykerelaterte helsekonsekvenser kan føre til en lavere andel dagligrøykere i de eldste aldersgruppene. Funnene viser altså en tydelig aldersprofil for tobakksbruk, hvor snus er klart mer utbredt blant yngre voksne, mens røyking har en mer jevn fordeling med en topp rundt 50–60-årsalderen.

Samlet sett er det tydelig at ulike utfordringer og ressurser preger de ulike livsfasene og bør tas hensyn til i folkehelsearbeid, byplanlegging (for eksempel i tilrettelegging for gåing og sykling, trygge byrom, parker) og utvikling av målrettede helsetiltak. Videre bør man utforske hvilke underliggende faktorer, mekanismer og livshendelser/betingelser som bidrar til at disse mønstrene oppstår, og hvordan aldersrelaterte tiltak kan settes inn for å jevne ut uheldige forskjeller.

4.4 Betydningen av utdanningsnivå

Utdanning er forbundet med en rekke helse- og livskvalitetsindikatorer i Oslos befolkning. Resultatene fra undersøkelsen viser et tydelig mønster der innbyggernes utdanningsnivå henger tett sammen med geografiske og sosioøkonomiske forskjeller, særlig mellom østlige og vestlige bydeler. Innbyggere i bydeler med høyere andeler av langvarig høyere utdanning, som St. Hanshaugen, Frogner, Ullern, Vestre Aker og Nordre Aker, rapporterer for eksempel bedre helse og tannhelse, lavere forekomst av fedme og høyere nivåer av fysisk aktivitet sammenlignet med bydelene øst i Oslo, som Grorud, Stovner og Alna, der utdanningsnivået generelt er lavere.

Denne utdanningsgradienten kommer som nevnt klart frem når vi ser på selvrapportert helse. Blant personer med grunnskole som høyeste utdanning vurderer mindre enn halvparten sin helse som god. Denne andelen er omtrent dobbelt så høy blant personer med mer enn 4 års universitet/høyskole utdannelse. Videre viser resultatene at andelen med fedme er klart høyere hos personer med lavere utdanning, noe som peker på betydningen av utdanningsnivå som en determinant for sunnere livsstilsvalg og bedre helseutfall.

I tillegg har utdanning en sterk sammenheng med psykisk helse, helseplager og trivsel. Personer med høyere utdanning rapporterer lavere nivåer av psykiske plager og lavere forekomst av søvnproblemer sammenlignet med grupper med lavere utdanning. Dette mønsteret gjelder for både kvinner og menn, selv om kvinner generelt rapporterer noe høyere forekomst av søvn- og muskelskjelettplager på tvers av alle utdanningsnivåer. Videre er det en tydelig tendens til at individer med høyere utdanning rapporterer høyere livstilfredshet, sterkere opplevelse av mening i det daglige, samt et mer optimistisk syn på egen fremtid.

Når det gjelder helseatferd som fysisk aktivitet og kosthold, ser vi at høyere utdannede grupper i større grad engasjerer seg i helsefremmende aktiviteter. Eksempelvis øker andelen som trener minst 30 minutter med moderat intensitet minst fire dager i uken systematisk med høyere utdanningsnivå. Det samme gjelder for daglig inntak av frukt og grønnsaker samt hyppigere inntak av fisk. Dette kan tenkes å reflektere bedre helsekompetanse, større økonomiske ressurser eller kulturelle preferanser som knyttes til utdanningsbakgrunn.

På den annen side er mønsteret noe annerledes når det gjelder alkoholbruk og tobakk. Menn med høyere utdanning oppgir hyppigere alkoholbruk enn menn med lavere utdanning, mens kvinner med høy utdanning ligger lavere enn menn, selv om også kvinner med høyere utdanning drikker oftere enn de med lavere utdanning. Samtidig viser resultatene at de med kort utdanning vanligvis drikker flere enheter hver gang de drikker, sammenlignet med dem som har høyere utdanning. Blant menn drikker for eksempel de med grunnskoleutdanning i

snitt én enhet mer hver gang de drikker enn de med høyere utdanning. Røyking (begge kjønn) og daglig snusbruk (først og fremst blant menn) er derimot tydeligst knyttet til lavere utdanning, noe som gjenspeiler klassiske sosiale gradienter i bruk av tobakk.

En interessant observasjon er at sosiale indikatorer som opplevd sosial støtte og stedstilhørighet også har tydelige sammenhenger med utdanningsnivå. Personer med høyere utdanning rapporterer i større grad høy sosial støtte og mer mening i det daglige. Disse forskjellene peker på at utdanning ikke bare er forbundet med fysisk helse og livsstilsvalg, men også med psykososiale faktorer som er viktige for psykisk helse og velvære.

Samlet sett understreker resultatene at utdanning representerer en vesentlig sosial determinant for psykisk og fysisk helse, livsstil, sosiale relasjoner og livskvalitet i Oslo. Dette fremhever behovet for videre diskusjon om hvordan tiltak og politikk kan innrettes for å redusere helseforskjeller knyttet til utdanningsbakgrunn.

4.5 Betydningen av husholdningsøkonomien

På lignende måte som utdanningsnivå har vurdering av husholdningsøkonomien sterk sammenheng med en rekke sentrale helse- og livskvalitetsmål. I resultatene trer det frem et tydelig mønster, der økonomisk trygghet er sterkt knyttet til bedre helse og høyere livskvalitet. Overordnet ser den sosiale gradienten i helse og livskvalitet ut til å være sterkere forbundet med økonomisk trygghet enn med utdanningsnivå. Spesielt ser vi klar sammenheng mellom selvrapportert helse, tannhelse og andel med fedme og overvekt og hvor lett eller vanskelig husholdningsøkonomien oppleves. Andelen som rapporterer god helse øker markant med opplevd økonomisk trygghet, fra omtrent én tredjedel i gruppen med svært anstrengt økonomi, til nærmere 90 prosent i gruppen med svært god økonomi. Et lignende mønster observeres for tannhelse og vektstatus, der økonomiske utfordringer klart assosieres med dårligere helseutfall.

Økonomisk situasjon ser også ut til å ha betydelig assosiasjon med psykisk helse og livstilfredshet. Tallene viser en kraftig økning i rapporterte psykiske plager og andel med insomni i takt med hvor anstrengt husholdningsøkonomien oppleves. I tillegg rapporterer denne gruppen vesentlig lavere livstilfredshet og mindre optimisme med hensyn til fremtiden. Økonomiske vansker er ikke bare en kilde til konkret stress, men er også sterkt assosiert med muligheten til å oppleve positive følelser i hverdagen og mening i det daglige.

Det kan være utfordrende å tolke årsakssammenhengen mellom opplevd økonomisk situasjon og psykisk helse. Skyldes høyere nivåer av negative emosjoner og psykiske plager at en dårlig økonomisk situasjon påvirker sinnstilstanden, eller er det omvendt, at psykiske vansker gir et negativt syn på egen økonomi? Likevel finnes det sterke argumenter for å benytte subjektiv vurdering av økonomisk situasjon som prediktor. Forskning viser at det ikke nødvendigvis er faktisk inntekt som er viktigst for psykisk helse og livskvalitet, men heller hvor problematisk økonomien oppleves [32]. Dessuten gir registerbasert inntekt ikke alltid et presist bilde av den reelle økonomiske situasjonen. Uavhengig av årsaksretningen vil sterke sammenhenger være av stor interesse. Dersom opplevd økonomisk situasjon og psykisk helse gjensidig forsterker hverandre, kan intervensjoner rettet mot økonomi også bedre psykisk helse og livskvalitet.

Sosial deltagelse og støtte er også sterkt assosiert med husholdningsøkonomi. De som oppgir anstrengt økonomi har gjennomgående mindre sosial omgang og fellesskap, og lavere deltagelse i organiserte aktiviteter og frivillig arbeid. En mulig forklaring kan være at økonomiske bekymringer eller lavere økonomisk handlingsrom påvirker overskudd og

muligheter for sosial aktivitet. Faktorer som helseutfordringer eller ulikheter i nettverksressurser kan også være relevante. Denne sammenhengen er uansett viktig, ettersom sosial støtte ofte fungerer som en buffer i møte med belastninger som for eksempel fysiske og psykiske helseplager.

I tillegg observeres tydelige sammenhenger mellom husholdningsøkonomi og helseatferd og livsstilsvalg. Personer med bedre økonomi har høyere sannsynlighet for regelmessig fysisk aktivitet, sunnere kostholdsvaner og mindre bruk av tobakk. Disse helsevanene kan være medvirkende forklaringer på at personer med bedre økonomi også rapporterer bedre helse og lavere forekomst av kroniske sykdommer.

Funnene understreker viktigheten av økonomiske faktorer som en sentral komponent i folkehelsearbeidet. Økonomiske faktorer kan være en direkte årsak til en rekke negative utfall, samtidig kan det være bakenforliggende faktorer som både forklarer dårlig økonomi og en rekke negative utfall. For eksempel kan lav utdanning være en årsak til dårlig økonomi og ugunstig helseatferd. Økonomiske vansker kan også være en direkte årsak til bekymring og stress. De underliggende mekanismene har betydning for hvilke tiltak, og på hvilke nivå, tiltak bør gjøres. Det kan ikke denne rapporten besvare, men kun vise til at det er en forholdsvis sterk samvariasjon mellom økonomiske vansker og en rekke negative utfall. Dette er i seg selv viktig, siden det retter oppmerksomhet mot et felt som bør være gjenstand for videre undersøkelser.

4.6 Oslo kommune, sammenlignet med andre fylker

Når en vurderer Oslo kommune opp mot andre fylker, er det viktig å være klar over flere forhold som gjør direkte sammenligninger noe utfordrende. Oslo skiller seg tydelig fra resten av fylkene, blant annet fordi kommunen har en betydelig yngre befolkning, en høyere andel innvandrere, og en større andel med høyere utdanning. Disse faktorene påvirker både helseprofilen og helsevanene i befolkningen. I tillegg er Oslo geografisk annerledes enn de øvrige fylkene i form av betydelig større urbanisering. Utvalget i Oslo ble også spesielt utformet med sikte på å nå yngre og innvandrerbefolkningen, noe som ytterligere kan påvirke sammenlignbarheten med andre fylker. Videre har tallene fra Oslo – i likhet med Folkehelseundersøkelsen i Rogaland fra 2023 – både en designvekt og en populasjonsvekt (frafallsvekt), mens det kun er brukt designvekt i de øvrige fylkene. Selv om analyser vi gjorde på dataene fra Rogaland viste at forskjellen med og uten populasjonsvekt hadde minimal effekt på resultatene, er det likevel viktig at leseren tar dette forbeholdet når Oslo vurderes opp mot andre fylker. Vedlegg 4 viser tallene den følgende diskusjonen er basert på.

Helserelaterte utfall

Andelen som rapporterer «god eller svært god helse» i Oslo kommune ligger på 69,6 %. Det kan ved første øyekast virke lavt sammenlignet med tidligere undersøkelser, som Hordaland (2018) og Sogn og Fjordane (2019). I begge disse undersøkelsene var andelen rundt 76 %. Samtidig ser vi en tendens til nedgang i andelen i flere fylker over tid. For eksempel hadde Rogaland en andel på 75,7 % i 2020, men denne falt til 70,3 % i 2023. En lignende utvikling sees for Hordaland (2018) sammenlignet med Vestland (2022), der andelen med god eller svært god helse også har gått tilsvarende ned. Denne utviklingen kan indikere en generell nedgang i opplevd god helse over de siste årene, noe som setter Oslos tall i et litt annet lys. Faktisk er nivået i Oslo svært likt det nyeste nivået i Rogaland (70,3 i 2023), og rett over nivåene i for eksempel Innlandet (67,8 i 2023) og Agder (69,5 % i 2023).

Når vi ser på andelen som vurderer tannhelsen som god eller svært god, er tallene i Oslo (68,6 %) omtrent på samme nivå som Troms og Finnmark (67,4 % i 2019), men noe lavere enn Vestland (74,6 % i 2022) og Rogaland (72,5 %, 2023). Her kan forskjellene reflektere faktorer relatert til demografi og sosial ulikhet, eller andre forhold.

Interessant nok skiller Oslo seg tydelig ut når det gjelder fedme (KMI 30+), med en betydelig lavere andel (12,3 %) sammenlignet med de fleste andre fylker, som for eksempel Innlandet (21,6 % i 2023). Dette lave tallet i Oslo kan reflektere den yngre gjennomsnittsalderen og det høyere utdanningsnivået, som begge er kjente faktorer knyttet til lavere forekomst av fedme. Det kan også være at gange og sykkel er mer vanlige måter å komme seg frem på i Oslo enn i mer rurale strøk - noe som er gunstig for nivået av hverdagsaktivitet og dermed forekomst av overvekt.

Videre viser tallene fra Oslos befolkning en noe høyere andel med søvnproblemer (insomni) med 14,5 %, noe som er høyere enn nyere undersøkelser i Viken (11,5 %, 2021) og Vestland (11,9 %, 2022). Skår på psykiske plager (HSCL-5) i Oslo (gjennomsnitt 1,77) er høyere enn alle tidligere undersøkelser i andre fylker, noe som kan tyde på at Oslo har større utfordringer enn andre fylker på dette området. Noe av forskjellen kan trolig forklares av at Oslo i snitt har en yngre befolkning enn øvrige fylker, ettersom det er en klar aldersgradient i rapporterte psykiske plager. Likevel ligger skåren på psykiske plager i Oslo noe høyere enn tidligere undersøkelser (for eksempel Agder 2023, Rogaland 2023, Viken 2021) for alle aldergrupper utenom de yngste kvinnene.

For muskel- og skjelettplager rapporterer Oslo i 2024 relativt høye andeler for både korsryggsmerter (45,4 % siste måned) og nakkesmerter (44,0 % siste måned). Disse andelenes er høyere enn nyere tall fra Rogaland (2023), som ligger noe lavere med henholdsvis 43,4 % for korsrygg og 41,4 % for nakke. Det er kun Innlandet som ligger høyere enn Oslo, med henholdsvis 47,9 % og 44,3 %. Selv om forskjellene kanskje ikke er dramatiske, kan de speile spesifikke belastninger knyttet til bylivet, arbeidslivsfaktorer, eller andre forhold knyttet til Oslos særegne demografiske profil.

Mellommenneskelige relasjoner og helseatferd

Når vi sammenligner Oslo med andre fylker når det gjelder livsstil og mellommenneskelige relasjoner, ser vi klare forskjeller på flere områder. Oslos særegne demografiske sammensetning, med en yngre befolkning, høy andel innvandrere og et høyere utdanningsnivå, spiller trolig en viktig rolle i disse forskjellene.

Oslo har en lav andel som opplever høy grad av sosial støtte (27,0 %) sammenlignet med alle andre fylker, som for eksempel Innlandet (33,6 %), Rogaland (35,4 %) og Agder (38,2 %) i 2023. Oslo ligger også under Møre og Romsdal i 2021 (36,7 %). Samtidig er andelen som treffer gode venner ukentlig eller oftere 50,1 % i Oslo, noe som er noe høyere enn Viken i 2021 (47,0 %), men fortsatt et stykke under tallene fra Agder 2023 (57,0 %). For de fylkene som har gjennomført undersøkelsen flere ganger, er det observert en nedgang i andelen som treffer gode venner ukentlig eller oftere fra før korona-pandemien til under og etter. Det er 16,8 prosent i Oslo som oppgir høy grad av ensomhet, hvilket er høyere enn alle andre fylker, som for eksempel Rogaland 2023 (14,2 %) og Agder 2023 (13,4 %).

Når det gjelder fysisk aktivitet (minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet 4 dager i uken eller mer), ligger Oslo på 22,6 %, som er omtrent det samme som Innlandet og Agder i 2023 (begge 22,3 %). Byen skiller seg tydelig ut med lav andel daglig røyking (6,7 %), mens daglig snusbruk

(14,9 prosent) er på et høyt nivå, omtrent som i Troms og Finnmark 2019 (14,8 prosent), men litt under Nordland 2020 (15,5 %). Når det gjelder kosthold er det 25,6 % i Oslo som oppgir at de drikker brus eller leskedrikk minst 2–3 ganger i uken. Det er en litt lavere andel enn Rogaland 2023 (30,1 %) og Møre og Romsdal 2021 (30,4 prosent), men omtrent på linje med Viken 2021 (24,8 %). Andelen som spiser grønnsaker daglig er 48,3 %, som sammen med Vestfold og Telemark er det høyeste nivået av alle fylkene, mens daglig inntak av frukt (30,1 %) ligger omtrent midt mellom Innlandet 2023 (28,5 %) og Rogaland 2023 (32,7 %). Når det gjelder fisk, er det 42,9 % i Oslo som spiser fisk 2–3 ganger i uken eller oftere, hvilket er litt lavt sammenlignet med de andre fylkene og betydelig lavere enn i Møre og Romsdal 2021 (58,4 %).

Oslo har en relativt høy andel (26,8 %) som drikker alkohol 2–3 ganger i uken eller oftere, omtrent på nivå med, men noe under, Viken 2021 (28,1 %). Samtidig oppgir 23,0 % at de drikker seks enheter eller mer ved én anledning månedlig eller oftere, noe som er betydelig høyere enn alle andre fylker. Det gjennomsnittlige antallet alkoholenheter per “drikkedag” er 3,3 i Oslo. Det er omtrent på linje med Agder 2023 (3,3) og midt på treet sammenlignet med de andre fylkene. Funnene antyder at hovedstaden har særtrekk som lav røyking, høy snusbruk, samt et ganske hyppig og til dels høyt alkoholkonsum. Det lave nivået av sosial støtte og høye ensomhetstall kan dessuten peke på utfordringer i det sosiale miljøet, mens det daglige kostholdet viser gode tendenser for grønnsaker, men mer varierende tall for frukt og fisk.

Økonomi og livskvalitet

Oslo har en markant høyere andel innbyggere som opplever økonomiske vansker enn de andre fylkene i oversikten (vedlegg 4). Mens 36,2 prosent av Oslos befolkning oppgir at de har utfordringer med å få endene til å møtes, er andelen i Innlandet (2023) 27,1 prosent, i Agder (2023) 26,2 prosent og i Rogaland (2023) 25,2 prosent. At Oslo ligger såpass høyt kan kanskje ses i sammenheng med store levekostnader og den generelt mer sammensatte sosioøkonomiske profilen i hovedstaden. Selv om det finnes grupper med svært god økonomi i Oslo, ser det altså også ut til å være mange som har det vanskelig.

Når det gjelder livstilfredshet, har Oslo en gjennomsnittsskår på 6,85 (skala 0-10, der høyere skår tilsvarer bedre livstilfredshet). Det er lavere enn eksempelvis Innlandet (2023) på 7,24, Agder (2023) på 7,14 og Rogaland (2023) på 7,10. Gjennomsnittet i FHUS Oslo er imidlertid nesten identisk med gjennomsnittet for Oslo i den nasjonale livskvalitetsundersøkelsen i 2022 og 2023 (6,8), samt 2024 (6,9) som gjennomføres hvert år i mars. På samme måte som for psykiske plager (nevnt ovenfor), er skåren for livstilfredshet i Oslo lavere enn det vi ser i andre fylkers folkehelseundersøkelser, med unntak av den yngste aldersgruppen. Det at Oslo har en yngre befolkning kan dermed ikke forklare hele forskjellen til andre fylker. Dette nivået antyder at en betydelig andel i Oslo sliter med å finne den samme helhetlige tilfredsheten som folk i flere andre fylker rapporterer. Imidlertid viser World Happiness Report (WHR) at tilfredshet med livet i Norge har vært noe dalende det siste tiåret¹³. Resultater fra Oslo reflekterer muligens bare den nedadgående trenden vi har sett i Norge. På spørsmålet om mening i livet, der høyere verdi innebærer en sterkere opplevelse av at det man gjør er meningsfylt, ligger Oslo på 6,97. Det er lavere enn det som er funnet i alle andre fylkeshelseundersøkelser, som for eksempel Agder (2023) på 7,27 og Rogaland (2023) på 7,18. Det er imidlertid tilsvarende funn for Oslo (6,9) som rapporteres for det samme spørsmålet i de nasjonale livskvalitetsundersøkelsene 2022-2024.

¹³ <https://data.worldhappiness.report/country/NOR>

Tilsvarende mønster ses for negative følelser, der Oslo har en sumskår på 3,68 (skala 0-10), som er høyere enn alle andre tidligere folkehelseundersøkelser, der for eksempel Agder (2023) og Rogaland (2023) ligger betydelig lavere, henholdsvis 3,17 og 3,27. At hovedstaden også har et noe høyere nivå av ensomhet (gjennomsnitt på 2,51 på en skala fra 0-10) enn for eksempel Agder (2023) på 2,14 og Rogaland (2023) på 2,24, kan tyde på at enkelte grupper i byen mangler nære og varige sosiale nettverk. Samtidig ligger Oslos skår for sosiale relasjoner (7,20) ikke veldig langt unna Rogaland (2023) med 7,29, og den er faktisk høyere enn Innlandet (2023) på 7,09. Det vitner om at det finnes mange i Oslo som opplever gode og støttende relasjoner, selv om en stor andel likevel kjenner på ensomhet.

Ser man på generell opplevd tillit til andre (skala 0-10), skårer Oslo i gjennomsnitt 6,58 mot Agder (2023) og Rogaland (2023) som begge er på 6,94. Det viser en viss tendens til lavere opplevd tillit i Oslo, men differansen er ikke like slående som den man ser for økonomiske vansker. Når det gjelder stedstilhørighet, ligger Oslo (6,58) vesentlig under alle andre fylker, inkludert Agder (2023) med 7,19 og Rogaland (2023) med 7,04. En mulig forklaring kan være større grad av flytting i bybefolkningen, noe som gjør det vanskeligere å etablere dype røtter i nærmiljøet. Likevel oppgir Oslos befolkning en relativt høy opplevd trygghet i nærmiljøet (8,18) sammenlignet med hva man kanskje ville forvente i en storby, selv om den er lavere enn det en ser i andre fylker, som for eksempel Agder (2023) på 8,71 og Rogaland (2023) på 8,58.

Et gjennomgående trekk i disse tallene er at Oslo ofte skårer lavere på overordnede kvaliteter som livstilfredshet, mening og tillit, og samtidig har vesentlig flere som opplever økonomiske vansker. Samtidig ser det ikke ut til at hovedstaden ligger lavt på alle indikatorer. Mange oppgir tross alt at de har støttende relasjoner, og opplevd trygghet i nærmiljøet ligger på et forholdsvis høyt nivå. Selv om opplevd trygghet i nærmiljøet er noe lavere enn i andre fylkers folkehelseundersøkelser, er forskjellene mellom bydelene større enn mellom Oslo og andre fylker og det vi vanligvis ser innad i de ulike fylkene. Forskjellen mellom bydel Alna og Vestre Aker er på 1,16 poeng på en 0-10 skala. Dermed kan man mistenke at Oslos tall gjenspeiler store skjevheter innad, der noen grupper faller betydelig under snittet, mens andre gjør det svært bra. Folkehelsearbeidet i Oslo bør trolig rette seg mot de bydelene eller delpopulasjonene med mest markert økonomisk press og lav livstilfredshet, uten at man mister av syne de faktorene som ser ut til å fungere godt – for eksempel at mange fremdeles føler trygghet i nærmiljøet. Ved å bruke detaljerte funn fra hver bydel, fremfor bare gjennomsnittstallene, kan man fange opp nettopp disse variasjonene og sette i verk skreddersydde tiltak.

Deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid

Når det gjelder deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid, viser undersøkelsen at 22,3 % av respondentene i Oslo oppgir at de deltar ukentlig. Dette tallet ligger rett under for eksempel Møre og Romsdal (22,5 %) og Viken (23,1 %), og er klart lavere enn Agder, som i 2023 ligger på 31,4 %. Oslo ligger lavere enn alle de andre fylkene, men avstanden til enkelte fylker er svært liten. Det er mange mulige faktorer som kan påvirke dette og gjør det vanskelig å trekke noe ut av denne sammenligningen. Tallene antyder likevel at selv om byen har et stort tilbud av organisasjoner og fritidsaktiviteter, er det fortsatt en relativt lav andel som deltar jevnlig i organisert form for aktivitet.

4.7 Innvandrerbefolkningen og utvalgte fødeland

Et av rapportens tydeligste funn er at innbyggere som er født i Afrika, Asia og østlige Europa oppgir dårligere helse enn befolkningen ellers, og dårlig enn dem som er født i Norden, vestlige

Europa, USA og Canada. Med unntak av personer født i Eritrea ser vi det samme mønsteret når tallene brytes ned på bakgrunn fra enkeltland. Selvrapportert helse regnes i internasjonal litteratur som et robust mål på faktisk helsetilstand og har vist sammenheng både med dødelighet og sykелighet [33, 34]. Videre er det rimelig å anta at friske personer med innvandrerbakgrunn er litt overrepresentert i utvalget i denne undersøkelsen, og i større grad enn friske personer uten innvandrerbakgrunn. Tallene i denne undersøkelsen bør derfor få nødvendig oppmerksomhet i kommunens folkehelsearbeid og arbeid med å utjevne sosiale helseforskjeller. Temaer som tannhelse, psykiske plager, tillit, ensomhet, fysisk aktivitet og røyking er spesielt viktige i denne sammenheng. Disse temaene er vektlagt i beskrivelsen av hovedtrekk blant personer født utenfor Norge, fordi det er her vi observerer flest forskjeller eller færrest positive utfall. Det er vanskelig å sammenlikne på tvers av ulike undersøkelser og over tid, men dersom vi sammenlikner med tallene fra SSBs levekårsundersøkelse blant innvandrere i Norge i 2016, ser vi at forskjellen i selvopplevd helse mellom innvandrere og befolkningen ellers har blitt litt større. Dette gjelder særlig personer født i Polen og de født i Somalia [35]. Begge disse gruppene hadde i levekårsundersøkelsen 2016 selvopplevd helse omtrent på nivå med befolkningen ellers. Det er også verdt å merke seg at personer med bakgrunn fra Ukraina ligger lavt på selvopplevd helse. Dette er i trå med funn fra tidligere undersøkelser fra Folkehelseinstituttet [36].

Dårlig selvrapportert tannhelse synes å være betydelig mer utbredt blant personer født i Afrika, Asia og Europa utenom EU. Brutt ned på bakgrunn fra enkeltland ser vi samme mønster. Tannhelse hos innvandrere er understudert, og det er mye vi ikke vet. Undersøkelse av selvurdert tannhelse blant flyktninger fra Ukraina viste funn i overensstemmelse med det som fremkommer i Folkehelseundersøkelsen i Oslo [36]. Funnene synliggjør behovet for økt oppmerksomhet og tiltak. Det er rimelig å se selvrapportert tannhelse i relasjon til funnene på udekte tannhelsetjenestebehov som også er betydelig høyere blant innvandrere og enkelte innvandrergrupper. Tidligere undersøkelser har også vist noe lavere bruk av tannhelsetjenester i de fleste av innvandrergruppene som har vært undersøkt sammenliknet med øvrig befolkning [37, 38]. På dette området kan det derfor være behov for tiltak både for å forebygge dårlig tannhelse og for å bedre tilgangen til tannhelsetjenester.

Nivået av psykiske plager i ulike grupper basert på fødeland synes å være vesentlig høyere enn blant dem som er født i Norge. Skåren på psykiske plager synes å være høyest blant dem med bakgrunn fra Asia og dem med bakgrunn fra nye EU-land. Funnene i Folkehelseundersøkelsen i Oslo er forenlige med funn fra SSBs levekårsundersøkelse blant innvandrere fra 2016 [35]. Internasjonale studier har vist at psykiske helseplager er noe høyere blant flyktninger [39]. I Folkehelseundersøkelsen i Oslo synes det ikke å være et klart mønster med tanke på fluktbakgrunn. En HSCL skår på over 2 for et enkeltindivid vil indikere betydelige psykiske plager. Målrettet innsats for å adressere psykiske plager blant innvandrere er viktig, da flere fødelandsgrupper i gjennomsnitt scorer høyere enn 2. Vi antar at målene for psykiske plager som er brukt i HSCL har relativt god validitet på tvers av kulturer [40].

Tillit til andre er ett av de spørsmålene i undersøkelsen der forskjellen mellom personer født utenfor Norge og de født i Norge er størst. Unntaket er dem som er født i Norden, EU frem til 2004, USA, Canada og Australia, som ligger omtrent på gjennomsnittet. Blant innvandrere fra Nye EU-land, Europa utenom EU, Afrika, Asia og Amerika (utenom USA og Canada) er det langt vanligere å ha lav tillit til andre. Tidligere undersøkelser fra SSB og fra FAFO viser samme tendens [41, 42].

Det store flertallet i Oslo er ikke ensomme, dette gjelder for alle fødelandsgruppene. Likevel er ensomhet langt vanligere i flere av fødelandsgruppene. Tallene i undersøkelsen viser at det i

gruppen født i Asia er om lag dobbelt så mange som betegnes som ensomme. Andre fødelandsgrupper ligger noe lavere, men samtlige ligger høyere enn norskfødte. SSBs levekårsundersøkelse blant innvandrere fra 2016 pekte i samme retning [43]. Forskjellen mellom innvandrere og norskfødte var mindre i SSBs undersøkelse fra 2016 enn i Folkehelseundersøkelsen i Oslo fra 2024. Men tallene er ikke helt sammenliknbare, så vi kan ikke si om dette er konsekvens av en negativ utvikling eller om det skyldes forskjeller i hvem som deltar i undersøkelsen både med tanke på fødeland og bosted i Norge.

Andelen som har minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet 4 dager i uken eller mer er vesentlig lavere blant mange av fødelandsgruppene sammenliknet med norskfødte. SSBs levekårsundersøkelse fra 2016 viste også at andelen som var fysisk aktiv, var lavere blant innvandrere enn i befolkningen ellers [35]. Fysisk aktivitet har store helsefordeler både for dødelighet, en rekke sykdommer og livskvalitet [44]. Fysisk inaktivitet regnes som vesentlig folkehelseutfordring og forskjeller i fysisk aktivitet antas å være en viktig årsak til sosiale helseforskjeller [45].

Andelen dagligrøykere varierer betydelig ut fra fødeland og kjønn. Blant fødelandsgruppene Nye EU etter 2004, Europa utenom EU og Asia er det langt flere dagligrøykere. Det er også store forskjeller mellom menn og kvinner. Blant norskfødte synes det ikke å være kjønnsforskjeller. Dette er forenelig med funnene fra SSBs undersøkelse i 2016 som også viste svært høy andel røykere blant menn i en del landgrupper [46]. Studier fra andre land har også funnet store kjønnsforskjeller blant innvandrere, og at akkulturasjon virker ulikt for menn og kvinner, altså at andelen røykere var noe høyere blant innvandrerkvinner som var godt integrert, og motsatt for menn [47].

Alkoholforbruket er et av områdene der skillet mellom ulike fødelandsgrupper er størst. Gruppene fra østlige Europa, Afrika eller Asia har en svært mye lavere andel som drikker 2-3 ganger i uken eller oftere. Her ser vi også at en del enkeltland skiller seg markant fra gjennomsnittet. Det er rimelig å anta at det lave forbruket i mange av gruppene delvis skyldes kulturelle normer knyttet til religion. Selv om levekårsundersøkelsen fra 2016 påviste en lignende trend med betydelig lavere forbruk blant innvandrere, identifiserer undersøkelsen i Oslo visse endringer sammenliknet med tidligere funn. For eksempel har menn født i Polen langt lavere forbruk i folkehelseundersøkelsen i Oslo, enn det som fremgår i levekårsundersøkelsen fra 2016 [35]. Dette kan indikere en nedgang relativt til andre grupper.

Andelen som har opplevd fysisk eller psykisk vold eller voldtekt i løpet av livet er en anelse høyere i innvandrergruppene fra Europa og Amerika, og noe lavere blant de født i Afrika eller Asia. I SSBs levekårsundersøkelse fra 2016, var andelen som hadde opplevd vold høyere blant innvandrere sammenliknet med befolkningen ellers [48]. En studie fra NKVTS fant lite forskjeller i forekomstestimer for ulike former for vold blant innvandrerne i utvalget sammenliknet med øvrig befolkning [49]. Folkehelseundersøkelsen i Oslo skiller seg derfor noe ut i positiv retning for de fra fødelandsgruppene Afrika og Asia, sammenliknet med tidligere nasjonale studier.

Analysene som er gjort i denne rapporten kan ikke si noe om årsakene til de observerte forskjellene mellom personer som har innvandret til Norge, den øvrige befolkningen og mellom ulike grupper av innvandrere. Basert på tidligere forskning kan vi likevel, med en viss grad av sikkerhet, si at årsakene er sammensatte. Vi vet at mange innvandrergrupper har en høyere andel med lav inntekt, utdanning og arbeidsdeltakelse. Lave språkferdigheter i norsk eller engelsk, digital kompetanse og helsekompetanse kan også være barrierer for god helseadferd eller riktige helsetjenester. Hvor stor betydning disse forholdene har og hvordan de virker sammen vet vi lite om. Kulturelle og religiøse vaner, normer og tradisjoner kan også ha

en betydelig innvirkning. Det mest fremtredende eksempelet på dette er det relativt lave alkoholforbruket blant grupper som kan tenkes å ha en høy andel religiøse muslimer. Hvor stor betydning kulturelle og religiøse vaner, normer og tradisjoner har for de ulike forholdene som er målt i denne undersøkelsen vet vi ikke, men det er rimelig å anta at det også påvirker kosthold, fysisk aktivitet, oppfatningen om psykisk helse med mer. Det er viktig å være klar over at slike faktorer kan ha både positive og negativ effekter. Kombinasjon av de ulike forholdene kan påvirke både forutsetningene for god helse og tilgangen til adekvat helsehjelp til rett tid. Videre kan de også påvirke kvaliteten på tjenestene som ytes og evnen til å følge opp tiltak og råd gitt av helsepersonell. Basert på annen forskning er det rimelig å anta at de observerte forskjellene mellom fødeland skyldes kombinasjonen av mange ulike forhold, der noen er direkte relatert til innvandring og integrering.

4.8 Hovedtrekk for fødelandsgruppene

Gruppen født i Norden, EU-land frem til 2004, USA, Canada, Australia og New Zealand ligger på de fleste mål enten like under, litt over eller på samme nivå som personer født i Norge. Ett unntak er gruppen «USA, Canada, Australia og New Zealand», hvor en større andel har opplevd fysisk eller psykisk vold eller voldtekt i løpet av livet, sammenliknet med gjennomsnittsbefolkningen.

Gruppen født i EU-land etter 2004 har en høyere andel som kommer negativt ut i flere av de undersøkte forholdene, enten det gjelder selvrapportert helse, tannhelse, psykiske plager, ensomhet, opplevelse av at det man gjør i livet er meningsfylt, tilfredshet, positive og negative følelser, fysisk aktivitet, sammen med venner, opplevd trangboddhet, tillit, røyking, vold og voldtekt. Denne gruppen er også den som synes å ha lavest tillit til omgivelsene og eneste gruppa som skiller seg markant negativt ut på trygghet i nærmiljøet. Det er en del unntak der de enten ligger omtrent likt eller litt høyere enn gjennomsnittet. Dette gjelder for søvn, fedme og overvekt. De synes også å ha et vesentlig lavere alkoholkonsum enn gjennomsnittet i Oslo, noe som kanskje er overraskende, gitt at det ofte er høyt alkoholkonsum i landene de opprinnelig kommer fra [50]. Oppsummert tyder resultatene på at personer født i EU-land etter 2004 i vesentlig større grad enn gjennomsnittsbefolkningen opplever utfordringer på ulike helserelaterte områder i livet.

Gruppen født i Europa utenom EU har mye til felles med gruppen født i EU-land etter 2004 når det gjelder de fleste av de undersøkte områdene nevnt ovenfor. I tillegg rapporterer de oftere plager knyttet til støy og et udekket behov for tannhelsetjenester. På områder som opplevd mening i livet, positive følelser, søvn, fremtidsoptimisme, trygghet i nærmiljøet og engasjement skiller gruppen født i Europa utenom EU seg derimot lite fra gjennomsnittsbefolkningen. Denne gruppen ser også ut til å ha et vesentlig lavere alkoholkonsum enn Oslos gjennomsnittsbefolkning.

Gruppen født i Afrika har på flere undersøkte forhold en høyere andel som kommer negativt ut. Dette gjelder blant annet selvrapportert helse, tannhelse, fedme, overvekt, sosial støtte, fysisk aktivitet, ensomhet, tillit, opplevd trangboddhet og udekket behov for tannhelsetjenester. Gruppen født i Afrika ligger omtrent på gjennomsnittet på målene for psykiske plager, røyking, snusing, tilfredshet, fremtidsoptimisme, negative og positive følelser, stedstilørighet, trygghet i nærmiljøet, engasjement, plaget av støy, udekket behov for psykiske helsetjenester. De har en høyere andel som kommer positivt ut på målene søvn, deltakelse i organisert aktivitet, mening og som offer for vold og voldtekt. Gruppen født i Afrika synes å ha bedre psykisk helse og bedre score på de ulike målene for livskvalitet

sammenliknet med gruppen født i Asia og gruppene født i østlige Europa. I gruppen født i Afrika er det en vesentlig høyere andel som har lavt alkoholkonsum.

Gruppen født i Asia har på de fleste undersøkte forhold en score der de kommer negativt ut. Dette gjelder på selvrapportert helse, tannhelse, overvekt, psykiske plager, påvirket av helseproblemer, korsryggsmerter, nakkesmerter, sosial støtte, ensomhet, sammen med venner, deltakelse i organisert aktivitet, fysisk aktivitet, røyking, tilfredshet, fremtidsoptimisme, negative følelser, sosiale relasjoner, tillit, stedstilhørighet, trygg i nærmiljøet, opplevd trangboddhet. Gruppen født i Asia er den av gruppene som har høyest andel med ensomhet og ligger over dobbelt så høyt som personer født i Norge. Gruppen født i Asia er også den eneste gruppen som ligger betydelig over gjennomsnittet når det gjelder andel som opplever å være påvirket av helseproblemer. Innvandrerbefolkning med bakgrunn fra Asia har en andel tilsvarende gjennomsnittet på målte forhold som fedme, søvn, mening, positive følelser, engasjement, plaget av støy, udekket behov for tannhelsetjenester, udekket behov for psykiske helsetjenester. I gruppen født i Asia er det en vesentlig høyere andel som har lavt alkoholkonsum. Det er også en lavere andel som svarer de har vært offer for vold og voldtekt.

Det er noe større usikkerhet knyttet til resultatene for gruppen født i Amerika utenom USA og Canada, sammenliknet med de andre gruppene. Dette skyldes at gruppen er forholdsvis liten og har lavere svarprosent enn flere av de øvrige gruppene. Sammenliknet med gruppene født i Afrika og Asia ligger denne gruppen litt nærmere gjennomsnittet på flere områder. De ligger omtrent på nivå med gjennomsnittet når det gjelder selvrapportert helse, tannhelse, påvirkning av helseproblemer, sosial støtte, tid tilbrakt med venner, deltakelse i organiserte aktiviteter, røyking, tilfredshet, fremtidsoptimisme, positive følelser, sosiale relasjoner, trygghet i nærmiljøet og opplevd trangboddhet. Samtidig kommer en høyere andel negativt ut på overvekt, psykiske plager, korsryggsmerter, nakkesmerter, opplevelse av sosial støtte, ensomhet, fysisk aktivitet, negative følelser, tillit, stedstilhørighet og udekket behov for tannhelsetjenester. Gruppen født i Amerika utenom USA og Canada ser også ut til å ha et lavere alkoholkonsum enn gjennomsnittsbefolkningen.

4.9 Oppsummering og konklusjon

Folkehelseundersøkelsen i Oslo viser tydelige ulikheter i helse og levekår som i stor grad følger en kjent øst-vest-gradient. Befolkningen i vestlige bydeler har gjennomgående bedre helse, sunnere livsstilsvaner og høyere sosioøkonomisk status, mens flere østlige bydeler skårer lavere på en rekke indikatorer knyttet til helse, økonomi og sosiale forhold. Samtidig kommer det frem betydelige kjønnsforskjeller – blant annet når det gjelder rapporterte søvnproblemer, muskel- og skjelettplager, samt psykiske plager– og aldersrelaterte variasjoner, der yngre voksne rapporterer mer psykiske plager, mens eldre oppgir flere fysiske helseplager.

Utdanningsnivået og opplevd økonomisk situasjon viser seg å være sterke prediktorer for helseutfall. Høyere utdanning henger sammen med bedre selvrapportert helse, lavere forekomst av fedme og bedre psykisk velvære, mens økonomisk trygghet ser ut til å være enda viktigere: Personer som strever med husholdningsøkonomien rapporterer systematisk dårligere fysisk og psykisk helse, mer helseplager og mindre sosial deltakelse. Immigranter fra deler av Afrika, Asia og østlige Europa skiller seg særlig ut med dårligere selvrapportert helse, høyere ensomhet og lavere tillit, noe som understreker behovet for målrettede og kultursensitive folkehelsetiltak.

Oslo skiller seg videre fra andre fylker på flere områder, blant annet med lav andel dagligrøykere, men samtidig høy andel snusbrukere og hyppigere alkoholkonsum. Hovedbildet i undersøkelsen peker på et stort internt spenn i helse og livskvalitet, noe som synliggjør behovet for differensierte folkehelseinitiativer. Ved å rette særskilt oppmerksomhet mot de bydelene og demografiske gruppene som sliter mest, kan Oslo kommune tilrettelegge for mer likeverdige og effektive helsefremmende tiltak i tiden fremover.

Samlet viser undersøkelsen store forskjeller mellom ulike innvandrergupper på en rekke av målene. Den lave selvrapporterte helsen og tannhelsen i flere grupper gir særlig grunn til bekymring. For personer født i Asia, Europa utenfor EU og EU-land etter 2004 ser vi negative resultater på en lang rekke områder, inkludert psykisk helse. Også gruppen født i Afrika skårer lavt på flere av indikatorene, men synes å komme noe bedre ut på psykisk helse og enkelte mål knyttet til livskvalitet sammenliknet med gruppene fra Øst-Europa og Asia. Videre ser det ut til at innvandrerbefolkningen i Oslo har vesentlig lavere tillit til sine omgivelser enn gjennomsnittet.

Undersøkelsen viser at innvandrerbefolkningen i Oslo på flere områder kommer dårligere ut når det gjelder helse og levekår, sammenliknet med gjennomsnittet og personer med norsk bakgrunn. Funnene peker på store sosiale helseforskjeller mellom ulike grupper, noe som understreker behovet for målrettet innsats og økt oppmerksomhet på spesifikke områder. Samtidig finnes det unntak: Enkelte fødelandsgrupper har lavere alkoholkonsum og lavere andel som har vært utsatt for vold eller voldtekt, og personer med bakgrunn fra afrikanske land ser ut til å rapportere en relativt god psykisk helse. Innvandrere fra Norden, EU-land før 2004, USA, Canada, Australia og New Zealand ligger dessuten i stor grad på nivå med befolkningen ellers, noe som vitner om et sammensatt og varierende bilde innenfor innvandrerguppen som helhet.

4.10 Begrensninger ved datagrunnlaget

Representativitet og skjevheter

Svarprosenten blant de inviterte til Folkehelseundersøkelsen i Oslo i 2024 var 28,1 %. Dette regnes som akseptabelt for denne typen undersøkelser, særlig fordi utvalget bevisst oversamlet unge voksne (18–29 år) og personer fra bestemte fødeland – grupper som ofte har lavere deltakelse. Samtidig medfører det en viss usikkerhet at over to tredjedeler av de inviterte ikke svarte.

Svarprosenten varierer betydelig mellom delbydelene (fra 16,5 % i Bjørndal til 38,2 % i Etterstad) og dessuten etter kjønn, alder, utdanningsnivå og innvandrerbakgrunn. For eksempel er andelen født i Eritrea 1,6 prosentpoeng lavere i nettoutvalget enn i befolkningen, mens personer født i Somalia ligger 0,2 prosentpoeng lavere. Samtidig er enkelte grupper, blant annet polsk- og ukrainskfødte, overrepresenterte (se dokumentasjonsrapporten fra Verian [27]). Lav deltakelse blant menn under 30 år, kvinner i yngste og eldste aldersgruppe, personer med lav utdanning og enkelte innvandrergrupper forsterker usikkerheten i resultatene.

Hvis beslutningen om å delta i undersøkelsen er helt tilfeldig (kjent som *Missing Completely at Random* – MCAR i statistisk litteratur), påvirker ikke lav svarprosent representativiteten. Dersom deltakelse derimot henger systematisk sammen med det undersøkelsen måler, kan det oppstå skjevheter i resultatene.

Slik dataene er analysert i denne rapporten, har forskjeller i svarprosent mellom grupper i mindre grad betydning for resultatene. Dette gjelder analyser der utfallsvariablene sammenlignes etter kjønn, alder, utdanning, bydel og vurdering av husholdningsinntekt. Ved analyser etter kjønn og alder påvirker ikke eventuelle skjevheter i sammensetningen resultatene, og ved analyser etter utdanning og region justeres det for kjønn og alder. Tilsvarende presenteres resultatene enten på tvers av fødelandsgrupper eller utvalgte fødeland. I analysene av fødelandsgrupper justeres det for kjønn og alder, mens analysene av utvalgte fødeland presenteres separat for kvinner og menn og justeres for alder. Justeringene sikrer at forskjeller mellom gruppene i størst mulig grad reflekterer variasjon i den undersøkte variabelen fremfor ulikheter i demografisk sammensetning.

I folkehelseundersøkelsen i 2024 ble det gjort en betydelig oversampling av både unge i aldersgruppen 18–29 år og innvandrerbefolkningen. Dette har medført at vi har måttet vekte dataene på en noe annen måte enn tidligere. I den vektingen vi nå har brukt, er det tatt hensyn til fordelingene over kjønn, alder og innvandrerbakgrunn. Dette innebærer at totaltallene for Oslo 2024 ikke er direkte sammenlignbare med tilsvarende tall fra tidligere folkehelseundersøkelser (se vedlegg 4).

Måleinstrument

Spørreskjemaet som er brukt i Folkehelseundersøkelsen i Oslo består blant annet av skalaer som er brukte i tidligere norske undersøkelser og i undersøkelser i andre land, og blir regnet som instrumenter med gode kvaliteter. Dette gjelder blant annet skalaer på disse områdene (se lenke til spørreskjemaet i FHUS Oslo, Vedlegg 1):

- Psykiske plager: *Hopkins Symptoms Checklist* (HSCL-5)
- Sosial støtte: *Oslo Social Support Scale* (OSS-3)
- Ensomhet: *The Three-Item Loneliness Scale* (UCLA)
- Alkohol: *Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption* (AUDIT-C)
- Søvnproblemer: Tilpasset versjon av *Bergen Insomnia Scale* (BIS)

Spørreskjemaets grunnmodul inkluderer fire spørsmål om kosthold, som også benyttes av SSB i Levekårsundersøkelsene. Noen av spørsmålene inngår i tillegg i den Nasjonale folkehelseundersøkelsen (NHUS). Ved å bruke etablerte spørsmål og skalaer sikrer vi både høy datakvalitet og muligheten til å sammenligne resultatene med tidligere undersøkelser.

Spørreskjemaet dekker et bredt spekter av temaer. Selv om mange av de benyttede instrumentene er godt kvalitetssikret fra tidligere studier, kan kvaliteten variere mellom ulike temaområder. Derfor må funnene fra denne undersøkelsen vurderes kritisk og i lys av resultater fra andre studier. At vi ser kjønnsforskjeller og forskjeller på tvers av utdanningsnivå som samsvarer godt med funn fra landsrepresentative undersøkelser, styrker imidlertid tilliten til resultatene fra undersøkelsen.

Folkehelseundersøkelsen i Oslo i 2024 er ment å supplere den statistikken som allerede eksisterer for kommunen. Folkehelseinstituttet har lagt til rette slik statistikk som er lett tilgjengelig på instituttets hjemmesider^{14,15}. Helsedirektoratet publiserer også egne folkehelse-

¹⁴ <http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/?language=no>

¹⁵ <http://khs.fhi.no/webview/>

profiler som kan være nyttige verktøy for samfunnsutvikling og planlegging i kommunene og fylket ¹⁶.

De dataene som er samlet inn under Folkehelseundersøkelsen i Oslo kan gi grunnlag for langt mer statistikk enn det som blir presentert i denne rapporten. Analysene kan utvides ved at en ser på et langt bredere spekter av demografiske forhold (for eksempel vurdering av husholdningens inntekt og arbeids-/livssituasjon), og ved at en analyserer svarene på ulike utfallsvariabler mot hverandre. Analysene kan også utvides med å undersøke regional variasjon i mer detalj, for eksempel innen aldersgrupper. Analyser av «fornøydhet med livet» fra tidligere Folkehelseundersøkelser, viste at forskjellen i fornøydhet mellom kommuner var relativt stor blant de yngste, mens den jevnet seg ut med stigende alder¹⁷. Det å undersøke lokale variasjoner og sammenhenger nærmere, for eksempel når det gjelder psykisk helse og livskvalitet, kan dermed være til stor nytte som del av kunnskapsgrunnlaget for hvordan best innrette og prioritere innsats i det lokale folkehelsearbeidet. Slike videre analyser vil kunne gjøres både av Folkehelseinstituttet, Oslo kommune, av forskningsinstitusjoner og andre aktører. Jo mer god statistikk og forskning som kan komme ut av Folkehelseundersøkelsene i fylkene, desto bedre.

¹⁶ <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/forebygging-og-levevaner/folkehelsestatistikk-og-profiler>

¹⁷ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/?term=&h=1>

Referanser

1. Skogen, J.C., et al., *Hvordan bør rekrutteringen til folkehelseundersøkelsene gjennomføres?* Tidsskr Nor Legeforen 2019. **139**(15).
2. Clarsen, B., et al., *Revisiting the continuum of resistance model in the digital age: a comparison of early and delayed respondents to the Norwegian counties public health survey.* BMC Public Health, 2021. **21**(730).
3. Johansen, R., et al., *Mental distress among young adults - gender differences in the role of social support.* BMC Public Health, 2021. **21**(1): p. 2152.
4. Forster, G.K., et al. *Built Environment Accessibility and Disability as Predictors of Well-Being among Older Adults: A Norwegian Cross-Sectional Study.* International Journal of Environmental Research and Public Health, 2023. **20**, DOI: 10.3390/ijerph20105898.
5. Aarø, L., et al., *Behavioural precautions to avoid transmission of the COVID-19 virus – low educated groups are not always lagging behind.* Journal of Health Inequalities, 2023. **9**(1): p. 16-28.
6. Nilsen, T.S., et al., *Coronavirus immunisation abroad among foreign-born persons in Norway.* Tidsskr Nor Laegeforen, 2022. **142**(10).
7. Nes, R.B., et al., *Flattening the quality of life curve? A prospective person-centred study from Norway amid COVID-19.* Quality of Life Research, 2022. **31**(8): p. 2295-2305.
8. Nilsen, T.S., et al., *Norwegian County Public Health Surveys - Cohort update* Norsk Epidemiologi, 2021. **29**: p. 12.
9. Knapstad, M., et al., *Psychological distress before and nine months into the COVID-19 pandemic: a longitudinal study from The Norwegian Counties Public Health Surveys.* Norsk Epidemiologi, 2021. **29**: p. 14.
10. Hansen, T., et al., *Locked and lonely? A longitudinal assessment of loneliness before and during the COVID-19 pandemic in Norway.* Scandinavian Journal of Public Health, 2021. **49**(7): p. 766-773.
11. Hansen, T., et al., *Covid-fatigued? A longitudinal study of Norwegian older adults' psychosocial well-being before and during early and later stages of the COVID-19 pandemic.* Eur J Ageing, 2022. **19**(3): p. 463-473.
12. Lyshol, H., et al., *A study of socio-economic inequalities in self-reported oral and general health in South-East Norway.* Scientific Reports, 2022. **12**(1): p. 13721.
13. Aarø, L.E., et al., *Quality of life, psychological distress, sleeping problems and global subjective health after injuries. A study among adults in three Norwegian counties.* Norsk Epidemiologi, 2021. **29**.
14. Aarø, L.E., et al., *A cross-sectional study of the relationship between injuries and quality of life, psychological distress, sleeping problems, and global subjective health in adults from three Norwegian counties.* Health and Quality of Life Outcomes, 2023. **21**(1): p. 120.
15. Friesinger, J.G., S.H. Haugland, and J.-K. Vederhus, *The significance of the social and material environment to place attachment and quality of life: findings*

- from a large population-based health survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2022. **20**(1): p. 135.
16. Stea, T.H., L. Alvsvåg, and A.L. Kleppang, *The Association between Dietary Habits, Substance Use, and Mental Distress among Adults in Southern Norway: A Cross-Sectional Study among 28,047 Adults from the General Population*. *Int J Environ Res Public Health*, 2021. **18**(18).
 17. Vederhus, J.K., C. Timko, and S.H. Haugland, *Adverse childhood experiences and impact on quality of life in adulthood: development and validation of a short difficult childhood questionnaire in a large population-based health survey*. *Qual Life Res*, 2021. **30**(6): p. 1769-1778.
 18. Juul, V. and E.C.A. Nordbø, *Examining activity-friendly neighborhoods in the Norwegian context: green space and walkability in relation to physical activity and the moderating role of perceived safety*. *BMC Public Health*, 2023. **23**(1): p. 259.
 19. Kalseth, J., et al., *Comparing the effects of reduced social contact on psychosocial wellbeing before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal survey from two Norwegian counties*. *Quality of Life Research*, 2023. **32**(6): p. 1771-1784.
 20. Haugland, S.H., et al., *Associations between parental alcohol problems in childhood and adversities during childhood and later adulthood: a cross-sectional study of 28,047 adults from the general population*. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 2021. **16**(1): p. 47.
 21. Haugland, S.H., et al., *Adverse Childhood Experiences Among 28,047 Norwegian Adults From a General Population*. *Frontiers in Public Health*, 2021. **9**.
 22. Haugland, S.H. and T.H. Elgán, *Prevalence of Parental Alcohol Problems among a General Population Sample of 28,047 Norwegian Adults: Evidence for a Socioeconomic Gradient*. *Int J Environ Res Public Health*, 2021. **18**(10).
 23. Bjørnerud Korslund, S., B.H. Hansen, and T. Bjørkkjær, *Association between sociodemographic determinants and health behaviors, and clustering of health risk behaviors among 28,047 adults: a cross-sectional study among adults from the general Norwegian population*. *BMC Public Health*, 2023. **23**(1): p. 541.
 24. Stea, T.H., et al., *Association between Self-Reported Childhood Difficulties and Obesity and Health-Related Behaviors in Adulthood-A Cross-Sectional Study among 28,047 Adults from the General Population*. *Int J Environ Res Public Health*, 2022. **19**(3).
 25. Stea, T.H., S.A. Solaas, and A.L. Kleppang, *Association between physical activity, sedentary time, participation in organized activities, social support, sleep problems and mental distress among adults in Southern Norway: a cross-sectional study among 28,047 adults from the general population*. *BMC Public Health*, 2022. **22**(1): p. 384.
 26. Vederhus, J.K., S.H. Haugland, and C. Timko, *A mediational analysis of adverse experiences in childhood and quality of life in adulthood*. *Int J Methods Psychiatr Res*, 2022. **31**(1): p. e1904.

27. Verian, *Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024 - dokumentasjonsrapport*. 2025, Verian: Oslo.
28. Knudsen, A.K., et al., *The health status of nonparticipants in a population-based health study*. American journal of epidemiology, 2010. **172**(11): p. 1306-14.
29. Støren, K.S. and E. Rønning, *Livskvalitet i Norge 2021*, in *Rapporter 2021/27*. 2021, Statistisk sentralbyrå: Oslo.
30. Cohen, J., *Statistical power analysis for the behavioral sciences (second edition)*. 1988, Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
31. Strand, B.H., et al., *Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36)*. Nordic Journal of Psychiatry, 2003. **57**(2): p. 113-118.
32. Cialani, C. and R. Mortazavi, *The effect of objective income and perceived economic resources on self-rated health*. International Journal for Equity in Health, 2020. **19**: p. 1-12.
33. Idler, E.L. and Y. Benyamini, *Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies*. Journal of Health and Social Behavior, 1997. **38**(1): p. 21-37.
34. Latham, K. and C.W. Peek, *Self-rated health and morbidity onset among late midlife U.S. adults*. Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 2013. **68**(1): p. 107-116.
35. Kjøllesdal, M.K., et al., *Helse blant innvandrere i Norge. Levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2016*. 2019, Oslo: Folkehelseinstituttet.
36. Labberton, A.S., et al., *Healthcare needs among refugees from Ukraine arriving in Norway during 2022*. 2023, Oslo: Folkehelseinstituttet.
37. Debesay, J., S. Arora, and A. Bergland, 4. *Migrants' consumption of healthcare services in Norway: Inclusionary and exclusionary structures and practices*, in *Inclusive Consumption*, A. Borch, et al., Editors. 2019, Scandinavian University Press: Scandinavia.
38. Statistisk sentralbyrå, *Levekår blant innvandrere i Norge 2016. Rapporter 2017/13*. 2017, Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå, SSB.
39. Spilker, R.S., et al., *Helse blant personer med innvandrerbakgrunn*, in *Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge*, H.M. Tvedten, Editor. 2022, Folkehelseinstituttet: Oslo.
40. Sirpal, M.K., et al., *Validation study of HSCL-10, HSCL-6, WHO-5 and 3-key questions in 14–16 year ethnic minority adolescents*. BMC Family Practice, 2016. **17**: p. 1-5.
41. Støren, K.S., *Innvandrere har mindre tillit til sine medmennesker. SSB analyse, 2019/13*. 2019, Oslo: Statistisk sentralbyrå, SSB.
42. Dalen, K., H. Flatø, and J.H. Friberg, *Hverdagsintegrering. En pilotundersøkelse om tillit, tilhørighet, deltakelse og diskriminering i innvandrerbefolkningen*. Vol. 15. 2022, Oslo: Forskning på arbeidsliv, utdanning, velferd og migrasjon.

43. Barstad, A., *Er innvandrere utsatt for ensomhet og sosial eksklusjon?* Vol. 04. 2021, Oslo: SSB Analyse.
44. Posadzki, P., et al., *Exercise/physical activity and health outcomes: an overview of Cochrane systematic reviews*. BMC Public Health, 2020. **20**: p. 1-12.
45. Meld. St. 15, *Folkehelsemeldinga: Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*. 2022-2023: Helse- og omsorgsdepartementet.
46. Kjøllesdal, M.K., J. Gerwing, and T. Indseth, *Health risks among long-term immigrants in Norway with poor Norwegian language proficiency*. Scandinavian Journal of Public Health, 2023. **51**(3): p. 422-42.
47. Reiss, K., J. Lehnhardt, and O. Razum, *Factors associated with smoking in immigrants from non-western to western countries—what role does acculturation play? A systematic review*. Tobacco Induced Diseases, 2015. **13**: p. 1-23.
48. Vrålstad, S. and K.S. Wiggen, *Levekår blant innvandrere i Norge 2016*. 2017, Oslo: Statistisk sentralbyrå, SSB.
49. Dale, M.T.G., et al., *Omfang av vold og overgrep i den norske befolkningen*. Vol. 1. 2023, Oslo: NKVTS.
50. World Health Organization, *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*. 2024, Geneva: World Health Organization, WHO.
51. Pallesen, S., et al., *A new scale for measuring insomnia: the Bergen Insomnia Scale*. Perceptual and Motor Skills, 2008. **107**(3): p. 691-706.
52. Boen, H., O.S. Dalgard, and E. Bjertness, *The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study*. BMC Geriatr, 2012. **12**: p. 27.
53. Nes, R.B., et al., *Livskvalitet i Norge 2019. Fra nord til sør.*, in *Rapport 2020*. 2020, Folkehelseinstituttet: Oslo.
54. Kurtze, N., et al., *Reliability and validity of self-reported physical activity in the Nord-Trøndelag Health Study — HUNT 1*. Scandinavian Journal of Public Health, 2008. **36**(1): p. 52-61.
55. Morseth, B. and L.A. Hopstock, *Time trends in physical activity in the Tromsø study: An update*. PLOS ONE, 2020. **15**(4): p. e0231581.
56. Babor, T.F., et al., *Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care (2nd ed.)*. 2001, World Health Organization.
57. Nes, R.B., T. Hansen, and A. Barstad, *Livskvalitet - Anbefalinger for et bedre målesystem*. 2018, Helsedirektoratet: Oslo.

Vedlegg 1: Spørreskjema



Spørreskjemaet som ble brukt ved datainnsamlingen i Oslo 2024 er tilgjengelig på Folkehelseinstituttets hjemmeside.

<https://www.fhi.no/div/helseundersokelser/fylkeshelseundersokelser/sporreskjema/>

Vedlegg 2: Spørsmål og skalaer i grunnmodulen for fylkehelseundersøkelsene

Dette vedlegget gir en oversikt over spørsmålene og skalaene som utgjør grunnmodulen i Folkehelseundersøkelsen i fylkene (FHUS). Grunnmodulen er den felles kjernen av spørsmål som sikrer sammenlignbare resultater på tvers av fylker og over tid. Merk at dette vedlegget beskriver spørsmål som inngår i grunnmodulen, uavhengig av tilpasninger som er gjort i den aktuelle Folkehelseundersøkelsen i Oslo.

I Folkehelseundersøkelsen i Oslo er enkelte spørsmål fra grunnmodulen utelatt eller tilpasset fordi de ikke er like relevante i en storby. Dette vedlegget viser ikke spesifikt hvilke spørsmål som ble brukt eller utelatt i Oslos undersøkelse. Dersom du ønsker å se en detaljert oversikt over hvilke spørsmål som inngikk i folkehelseundersøkelsen i Oslo, henvises det til Folkehelseinstituttets nettsider:

<https://www.fhi.no/div/helseundersokelser/fylkehelseundersokelser/sporreskjema/>

Nedenfor beskrives hvert temaområde i grunnmodulen og hvordan spørsmålene vanligvis rapporteres.

Del 1. Nærmiljø og deltakelse

Trivsel i nærmiljøet

Deltakerne blir spurt om i hvilken grad de trives i sitt nærmiljø, med svaralternativene:

- I stor grad
- I noen grad
- I liten grad
- Ikke i det hele tatt

Denne variabelen gir en indikasjon på generell trivsel og opplevelse av livskvalitet i nærmiljøet. I analyser rapporteres ofte andelen som svarer «I stor grad», da dette gir et mål på høy trivsel i befolkningen.

Tilgjengelighet til fasiliteter og servicetilbud lokalt

Grunnmodulen inneholder spørsmål om opplevd tilgjengelighet til ulike fasiliteter og servicetilbud i nærmiljøet. Dette inkluderer:

- Kulturtilbud, for eksempel kino, bibliotek, kulturhus, konserter og teater
- Idrettstilbud, for eksempel idrettshall, svømmehall, treningssenter og ski-/lysløyper
- Butikker, spisesteder og andre servicetilbud
- Offentlig transport
- Natur- og friluftsområder, inkludert parker og andre grøntarealer

I tillegg inngår et spørsmål om hvorvidt gang- og sykkelveier er godt utbygde i nærområdet.

Svaralternativene er: «Svært god», «God», «Verken god eller dårlig», «Dårlig», «Svært dårlig» og «Vet ikke». Resultater rapporteres vanligvis som andelen som svarer «Svært god» eller «God», mens kategorien «Vet ikke» holdes utenfor prosentfordelingen.

Deltakelse i aktiviteter

Grunnmodulen inneholder også spørsmål om sosial deltakelse, fordelt på to kategorier:

- Organisert aktivitet/frivillig arbeid, som for eksempel idrettslag, politiske lag, trossamfunn, kor eller lignende
- Annen sosial aktivitet, som for eksempel klubber, møter, sosiale sammenkomster eller trimturer med venner/kolleger

Svaralternativene er: «Daglig», «Ukentlig», «1–3 ganger per måned», «Sjeldnere» og «Aldri». Resultater rapporteres vanligvis som andelen som svarer at de deltar ukentlig eller oftere.

Revisjoner av spørreskjemaet

Grunnmodulen har gjennomgått enkelte revisjoner for å forbedre presisjonen i spørsmålene. Fra og med 2021 ble spørsmålet om kultur- og idrettstilbud delt i to separate spørsmål. Tidligere var disse tilbudene samlet i ett spørsmål, men for å få mer spesifikke svar ble de skilt ut hver for seg. Samtidig ble det lagt til flere eksempler på typer kultur- og idrettstilbud for å gjøre spørsmålet tydeligere for respondentene. I samme revisjon (2021) ble spørsmålet om tilgang til natur- og friluftsområder, inkludert parker og andre grøntarealer, slått sammen til ett spørsmål. Tidligere var dette delt i to separate spørsmål, men analysene viste at respondentene ofte oppfattet dem som overlappende.

Disse endringene ble innført for å sikre en mer presis kartlegging av tilgjengelighet til fasiliteter og servicetilbud i nærmiljøet.

Del 2. Helse

Helsedelen i grunnmodulen kartlegger ulike aspekter ved fysisk og psykisk helse, inkludert egenvurdert helse, tannhelse, kroppsmasseindeks (KMI), psykiske plager, søvnproblemer, langvarige helseplager, funksjonsnedsettelse og muskel- og skjelettsmerter. Spørsmålene dekker både subjektive vurderinger av egen helse og mer spesifikke helseplager, samt hvordan disse påvirker hverdagen. Indikatorene inkluderer flere av de største årsakene til helsetap og samlet sykdomsbyrde i Norge¹⁸. Opplysningene gir et bredt bilde av helsetilstanden i befolkningen og kan brukes til å identifisere helseutfordringer på tvers av demografiske grupper.

Egenvurdert helse

Det første helsespørsmålet kartlegger hvordan deltakerne vurderer sin egen helse. Egenvurdert helse gir et overordnet bilde av helsetilstanden i befolkningen og er en sentral indikator i helseundersøkelser. Respondentene vurderer helsen sin på en skala fra «Svært god» til «Svært dårlig». I analysene benyttes ofte en todeling, der vi rapporterer andelen som har

¹⁸ <https://www.fhi.no/he/senter-sykdomsbyrde/sykdomsbyrde-i-norge/>

krysset av for «God» eller «Svært god» helse. Dette målet brukes til å identifisere helseforskjeller mellom ulike grupper i befolkningen og sammenligne helsetilstanden på tvers av demografiske og sosioøkonomiske faktorer.

Tannhelse

Tannhelse inngår som en del av grunnmodulen og måles gjennom spørsmål om egenvurdert tannhelse, tidspunkt for siste besøk hos tannlege eller tannpleier, samt eventuelle årsaker til at det har gått mer enn fem år siden sist besøk. Vurdering av tannhelsen skjer på en femdelt skala fra «Svært god» til «Svært dårlig». Tidspunkt for siste tannlegebesøk har svaralternativer fra «0–2 år siden» til «Mer enn 5 år siden». For de som oppgir at det har gått mer enn fem år, finnes det et oppfølgingsspørsmål om årsaker, hvor flere faktorer kan oppgis, som økonomiske årsaker, redsel/frykt, transportutfordringer eller andre grunner.

Resultatene for tannhelse rapporteres ofte ved å vise andelen som svarer «God» eller «Svært god» tannhelse. Når det gjelder tannlegebesøk, presenteres ofte andelen som svarer at det er mer enn to år siden de sist var hos tannlege eller tannpleier. Disse spørsmålene gir innsikt i tannhelsevaner og eventuelle barrierer for tilgang til tannhelsetjenester.

Høyde og vekt

I grunnmodulen inngår spørsmål om kroppshøyde og vekt, der deltakerne oppgir sin høyde uten sko (i centimeter) og sin vekt uten klær og sko (i kilogram). Gravide bes om å oppgi sin vekt før graviditeten. Basert på disse opplysningene beregnes kroppsmasseindeks (KMI), definert som kroppsvekten i kilogram delt på kvadratet av høyden i meter (kg/m^2). KMI brukes ofte som en indikator på vektstatus, der en verdi på 30 eller høyere regnes som fedme.

For å sikre realistiske beregninger ekskluderes uvanlige verdier, som høyde under 1,20 meter eller over 2,20 meter, samt vekt under 25 kg eller over 220 kg. Resultatene rapporteres ofte ved å vise andelen av deltakerne med KMI på 30 eller mer. I noen tilfeller kan det også være relevant å rapportere andelen som er overvektige (KMI på 25 eller høyere).

Psykiske plager

Grunnmodulen inkluderer fem spørsmål om psykiske plager, basert på Hopkins Symptom Checklist-5 (HSCL-5) [3]. Deltakerne oppgir i hvilken grad de har vært plaget av nervøsitet, redsel, håpløshet, nedtrykthet og bekymring den siste uken. Svaralternativene er «Ikke plaget» (1 poeng), «Litt plaget» (2 poeng), «Ganske mye plaget» (3 poeng) og «Veldig mye plaget» (4 poeng), og en gjennomsnittsskår kan beregnes for å indikere samlet belastning av psykiske plager.

For rapporteringen beregnes ofte en gjennomsnittsskår blant dem med svar på minst tre av de fem spørsmålene. I noen tilfeller benyttes også en todelt kategori der en skår over 2,00 tolkes som indikasjon på høy grad av psykiske plager. Spørsmålsformuleringene i FHUS er tilpasset en én-ukes tidsramme, noe som kan avvike fra lignende målinger i andre undersøkelser.

Søvn

Søvnproblemer kartlegges ved hjelp av en tilpasset versjon av Bergen Insomnia Scale (BIS) [51]. Dette er et standardisert instrument som vurderer insomni i samsvar med diagnostiske kriterier fra DSM-5. Respondentene svarer på hvor ofte de opplever søvnproblemer, med spørsmål om innsovningssvanser, gjentatte oppvåkninger om natten og søvnighet eller

tretthet på dagtid. Svaralternativene er «Aldri/sjelden», «Av og til», «1-2 ganger per uke» og «Minst 3 ganger per uke».

For å vurdere varigheten av søvnproblemene, oppgis en tidsramme med følgende alternativer: «Mindre enn 1 måned», «1-2 måneder», «3-6 måneder», «7-12 måneder», «Mer enn 1 år» og «Jeg har ikke søvnvansker». Ifølge DSM-5-kriteriene for insomni regnes det som indikasjon på insomni dersom en person rapporterer enten innsovningsvansker eller nattlige oppvåkninger minst 3 ganger per uke, samtidig som de opplever dagtidssymptomer (søvnighet eller tretthet) like hyppig, og at problemene har vart i minst 3 måneder.

Resultatene rapporteres ofte ved å vise andelen som tilfredsstillende disse kriteriene. BIS er benyttet i flere andre helseundersøkelser, og gir sammenlignbare data på søvnproblemer i befolkningen.

Langvarige helseproblemer og funksjonsnedsettelse

Langvarige helseproblemer og funksjonsnedsettelse kartlegges ved spørsmål om kroniske eller vedvarende sykdommer, samt plager som følge av skade. Respondentene oppgir om de har helseproblemer som har vart, eller forventes å vare, i minst seks måneder. Videre vurderer de i hvilken grad disse påvirker hverdagen, med svaralternativene «I stor grad», «I noen grad», «I liten grad» eller «Ikke i det hele tatt».

I tillegg spørres det om funksjonsnedsettelse eller plager som følge av skade, inkludert tilstander som kommer og går. Også her vurderer respondentene hvordan plagene påvirker hverdagen deres, med de samme svaralternativene.

Resultatene rapporteres ofte ved å vise andelen som oppgir å ha langvarige helseproblemer eller funksjonsnedsettelse, samt andelen som oppgir at disse i stor grad påvirker deres daglige liv. Disse spørsmålene gir innsikt i forekomsten av kroniske helseutfordringer og funksjonsnedsettelse i befolkningen, og bidrar til å identifisere behov for tilrettelegging og helsetjenester.

Nakke- og korsryggsmerter

Spørsmålene om muskel- og skjelettplager kartlegger smerter i korsrygg og nakke i løpet av de siste 28 dagene. Respondentene oppgir om de har hatt slike smerter, og hvis ja, hvor mange dager de har hatt smerter og hvor mange dager smertene har medført begrensninger i daglige aktiviteter. Smerter som har vart deler av dagen telles som én dag.

Til denne delen brukes et utvalg av spørsmål fra *Bergen Questionnaire on Musculoskeletal Conditions* (BQMC), som er under utvikling ved Folkehelseinstituttet i samarbeid med Center for Global Burden of Disease ved University of Washington (USA). Formålet med instrumentet er å bidra til nasjonale og internasjonale estimater for sykdomsbyrde knyttet til muskel- og skjelettplager.

Fra disse spørsmålene rapporterer vi som regel kun periodeprevalensen. Det vil si andelen som rapporterer å ha hatt nakkesmerter eller korsryggsmerter i løpet av de siste 28 dagene.

Del 3. Sosial støtte og ensomhet

Sosial støtte

I grunnmodulen måles sosial støtte med Oslo-3 Social Support Scale (OSS-3), som består av tre spørsmål:

- Antall nære personer man kan regne med ved store personlige problemer (inkludert nærmeste familie), med svaralternativene «Ingen», «1-2», «3-5» og «6 eller flere».
- Hvor stor interesse andre viser for det man gjør, med svaralternativene «Stor interesse», «Noe interesse», «Verken stor eller liten interesse», «Liten interesse» og «Ingen interesse».
- Hvor lett det er å få praktisk hjelp fra naboer om man skulle trenge det, med svaralternativene «Svært lett», «Lett», «Verken lett eller vanskelig», «Vanskelig» og «Svært vanskelig».

Svarene kan summeres til en total skår fra 3 til 14, der lavere verdier indikerer lav sosial støtte og høyere verdier indikerer høy sosial støtte. I analysene presenteres ofte andelen med høy sosial støtte (sumskår 12-14) [52]. Tidligere FHUS-rapporter rapporterte andelen med middels eller høy sosial støtte, men fra 2021 har fokuset vært på andelen med høy sosial støtte for å tydeligere illustrere forskjeller mellom geografiske områder, utdanningsnivå og aldersgrupper.

Ensomhet

Ensomhet måles med The UCLA Three-Item Loneliness Scale (T-ILS), som består av tre spørsmål:

- Hvor ofte savner du noen å være sammen med?
- Hvor ofte føler du deg utenfor?
- Hvor ofte føler du deg isolert fra andre?

Svaralternativene er «Aldri» (1), «Sjelden» (2), «Av og til» (3), «Ofte» (4) og «Svært ofte» (5). Svarene summeres til en total skår fra 3 til 15, der lavere verdier indikerer lav ensomhet og høyere verdier indikerer høy ensomhet.

Det finnes ingen universelt etablert terskelverdi for UCLA-3-skalaen, og ulike tilnærminger har vært brukt i forskningen. I fylkeshelseundersøkelsene benyttes ofte en skår på 3–9 som en indikasjon på lav ensomhet og 10–15 som en indikasjon på høy ensomhet. Denne inndelingen ble brukt i rapporten *Livskvalitet i Norge 2019* [53] og predikerte høye skårer på et direkte ensomhetsspørsmål (6 eller mer på en skala fra 0 til 10).

I analyser og presentasjon av resultater rapporteres vanligvis andelen som skårer 10 eller høyere, definert som personer med høy grad av ensomhet.

Del 4. Helserelatert atferd

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet kartlegges gjennom spørsmål om treningshyppighet, intensitet og varighet. Respondentene oppgir hvor ofte de vanligvis trener eller mosjonerer, inkludert aktiviteter som turer, svømming, ski, eller annen idrett. De som rapporterer å være fysisk aktive bes også angitt hvor hardt de trener (rolig, moderat eller høy intensitet) og hvor lenge de trener per økt.

I tillegg bes sysselsatte respondenter beskrive fysisk aktivitet i arbeid, med kategorier som spenner fra stillesittende arbeid til tungt kroppsarbeid.

Spørsmålene er tilpasset fra validerte måleinstrumenter og har vært brukt i en rekke norske helseundersøkelser, inkludert HUNT og Tromsø-undersøkelsen [54, 55]. Endringer i siste skjemarevisjon har gjort formuleringene mer sammenlignbare med disse undersøkelsene, blant annet ved å inkludere mosjon til og fra jobb.

Resultater for fysisk aktivitet rapporteres ofte ved å vise andelen som trener minst fire dager per uke i minst 30 minutter, med en intensitet som gjør dem andpustne og/eller svette.

Kosthold

Kosthold kartlegges gjennom fire spørsmål om inntak av sukkerholdig drikke, frukt, grønnsaker og fisk. Respondentene oppgir hvor ofte de inntar disse matvarene på en syvpunktsskala fra «Sjelden/aldri» til «Flere ganger per dag».

Spørsmålene er formulert i tråd med anbefalinger fra nasjonale kostholdsstudier og har vært justert i samsvar med endringer i Den nasjonale folkehelseundersøkelsen (NHUS). Endringer i siste skjemarevisjon inkluderer justeringer av spørsmål om sukkerholdig drikke og frukt for å sikre bedre samsvar med NHUS, samt tillegg av svarkategorien «Flere ganger per dag» for alle spørsmål.

Variablene brukes ofte dikotomisert i analyser og rapportering for å forenkle tolkningen av resultatene i forhold til kostholdsanbefalinger. Typiske dikotomiseringer inkluderer:

- Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger per uke eller oftere versus sjeldnere inntak
- Daglig inntak av frukt eller bær versus sjeldnere inntak
- Daglig inntak av grønnsaker versus sjeldnere inntak
- Inntak av fisk 2-3 ganger per uke eller oftere versus sjeldnere inntak

Disse dikotomiseringene brukes konsekvent i Folkehelseundersøkelsene i fylkene for å rapportere andelen som oppfyller nasjonale kostholdsanbefalinger. Dette gjør det mulig å sammenligne kostholdsvaner på tvers av ulike grupper og over tid.

Tobakksbruk

Tobakksbruk kartlegges gjennom spørsmål om røyking, med svaralternativer som skiller mellom nåværende og tidligere bruk. De som oppgir at de røyker, bes videre oppgi om de røyker daglig eller av og til. Tidligere røykevaner kartlegges ved et eget spørsmål til dem som oppgir at de ikke røyker.

Spørsmålene er formulert for å være sammenlignbare med andre nasjonale undersøkelser, og i siste skjemarevisjon ble formuleringene justert for å harmonisere med tilsvarende spørsmål i Statistisk sentralbyrås (SSB) helseundersøkelser.

Resultatene presenteres ofte ved å vise andelen som røyker daglig.

For å kartlegge snusbruk blir deltakerne først spurt om de i det hele tatt snuser, med svaralternativene «Ja» og «Nei». De som svarer «Ja» får et oppfølgingsspørsmål om hvor ofte de snuser (daglig eller av og til). I analysene skiller man typisk mellom de som snuser daglig og alle andre (nei eller av og til). Formålet er å identifisere andelen dagligsnusere i befolkningen.

Alkoholbruk

Alkoholbruk kartlegges gjennom flere spørsmål basert på Alcohol Use Disorders Identification Test - Consumption (AUDIT-C) [56], et anerkjent screeningverktøy for å identifisere alkoholvaner og potensielle alkoholproblemer.

Deltakerne bes først svare på om de noen gang har drukket alkohol. De som svarer bekreftende, får deretter spørsmål om hvor ofte de har drukket alkohol det siste året, hvor mange enheter de vanligvis drikker på en typisk dag, og hvor ofte de drikker seks enheter eller mer ved én anledning. En alkoholenhet defineres som en liten flaske øl, ett glass vin eller en drink.

Basert på svarene kan det beregnes en AUDIT-C-skår fra 0 til 12, hvor høyere skår indikerer økt risiko for problematisk alkoholbruk. I rapporteringen fokuseres det vanligvis på tre utfallsvariabler:

- Hyppig alkoholbruk – andel som drikker alkohol 2–3 ganger i uken eller oftere.
- Alkoholkonsum på en typisk drikkedag – gjennomsnittlig antall alkoholenheter basert på en omkoding av svarkategorier til kvasikontinuerlige verdier. Kategori 1 (1-2 enheter) er satt til 1,5. Kategori 2 (3-4 enheter) er satt til 3,5. Kategori 3 (5-6 enheter) er satt til 5,5. Kategori 4 (7-9 enheter) er satt til 8,0. Og kategori 5 (10 eller flere) er skjønnsmessig satt til 12,0.
- Episodisk høyt alkoholinntak – andel som drikker minst seks alkoholenheter ved én anledning månedlig eller oftere.

Del 5. Livskvalitet

Spørsmålene om livskvalitet i Folkehelseundersøkelsene i fylkene er basert på anbefalinger fra en rapport utgitt av Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet i 2018 om måling av subjektiv livskvalitet i Norge [57]. Spørsmålene dekker ulike aspekter av livskvalitet, inkludert generell tilfredshet med livet, opplevelse av mening, emosjonelle tilstander, sosiale relasjoner, fellesskap og tillit.

Under skjemarevisjonen av fylkeshelseundersøkelsene ble målemetoden noe justert i samarbeid med normerende gruppe for livskvalitetsmåling. Blant annet ble det tidligere målet på depressive plager (PHQ-2) fjernet for å unngå overlapp med HSCL-5, som nå benyttes for å måle psykiske plager. Et nytt spørsmål om forventet livstilfredshet fem år frem i tid ble lagt til.

Livskvalitetsdelen inneholder flere temaområder, som beskrevet nedenfor.

Tilfredshet med livet og opplevelse av mening

Deltakerne bes vurdere:

- Hvor fornøyd de er med livet generelt.

- Hvor fornøyd de tror de vil være om fem år.
- I hvilken grad de opplever at det de gjør i livet er meningsfylt.

Disse besvares på en 11-punkts skala (0–10), hvor høyere skår indikerer større tilfredshet eller mening. I rapportene analyseres vanligvis gjennomsnittsskår for disse spørsmålene. I noen tilfeller grupperes svarene for å vise andeler med lav (0–5), middels (6–8) og høy (9–10) tilfredshet.

Emosjonelle opplevelser siste uke

For å måle daglig velvære og følelsesmessige opplevelser rapporterer deltakerne hvor ofte de har opplevd ulike følelser de siste syv dagene. Disse besvares på samme 11-punkts skala og omfatter:

- Positive følelser: Glad, engasjert, rolig og avslappet, lykkelig, takknemlig
- Negative følelser: Bekymret, nedfor/trist, irritert, ensom, engstelig

Basert på faktoranalyser og vurderinger av det begrepsmessige innholdet, er følgende sumskårer¹⁹ ofte brukt i analyser:

- Negative følelser: Gjennomsnittsskår for bekymret, trist, irritert og engstelig.
- Positive følelser: Gjennomsnittsskår for glad, rolig/avslappet, lykkelig og takknemlig.
- Ensomhet og engasjement analyseres som enkeltvariabler.

Respondenter som har svart på minst to av leddene innen hver kategori på positive og negative følelser får en gyldig skår.

Sosiale relasjoner og fellesskap

Deltakerne bes vurdere i hvilken grad deres sosiale relasjoner er støttende og givende, samt hvorvidt de selv bidrar til andres livskvalitet. Disse spørsmålene er hentet fra Diener's Flourishing Scale. Svarene gis på en 11-punkts skala (0–10), og de kombineres ofte i en sumskår som omtales som "sosiale relasjoner".

Det rapporteres også om sosial omgang:

- Hvor ofte man er sammen med gode venner (ikke inkludert familie²⁰).
 - Alternativer: Omtrent daglig, ukentlig, månedlig, noen ganger i året, sjeldnere enn årlig, har ingen gode venner.
 - I rapportene vises ofte andelen som møter venner ukentlig eller oftere.

¹⁹ Når vi omtaler sumskårer, handler det nesten alltid om at vi har laget en sumskår som er delt med antall ledd som inngår. Dette heter på engelsk en «meanscore». Kaller vi dette «gjennomsnittsskår» på norsk, vil det hele tiden bli forvekslet med gjennomsnitt som regnes ut på tvers av individer innen grupper. For å unngå dette problemet, kaller vi disse skårene konsekvent «sumskårer».

²⁰ Dette spørsmålet har et ufullstendig sett av svarkategorier. Mellom de to svarene «Noen ganger i året» og «Sjeldnere enn hvert år», burde det settes inn et ekstra svar «Omtrent en gang i året».

Tillit, tilhørighet og trygghet

Denne delen inneholder spørsmål som måler ulike aspekter av sosial kapital og samfunnsmessig tillit:

- Generell tillit: Hvorvidt man opplever at folk flest er til å stole på.
- Opplevd tilhørighet: I hvilken grad man hører til på stedet der man bor.
- Trygghet i nærmiljøet: Hvor trygg man føler seg når man er ute og går.

Disse besvares også på en 11-punkts skala (0–10), og analyseres vanligvis som enkeltvariabler der gjennomsnittsskåren rapporteres.

Analyse og rapportering

I analysene av livskvalitet rapporteres gjennomsnittsskår for spørsmålene som benytter 11-punkts skalaer. I noen tilfeller grupperes svarene for å illustrere fordeling av lav (0–5), middels (6–8) og høy (9–10) livskvalitet. Sumskårer for emosjonelle opplevelser og sosiale relasjoner brukes for å identifisere mønstre i datamaterialet.

Del 6. Demografiske opplysninger og opplevd økonomisk situasjon

Bakgrunnsvariablene i Folkehelseundersøkelsene i fylkene dekker utdanningsnivå, økonomisk situasjon, arbeids- og livssituasjon, sivilstatus, husholdningens størrelse, omsorgsansvar for barn, boligforhold og fødeland. Disse opplysningene gir viktig kontekst for å forstå variasjoner i helse, livskvalitet og helseatferd på tvers av befolkningsgrupper. I mange fylker hentes enkelte av disse opplysningene, inkludert alder, kjønn, fødeland og foreldrenes fødeland, direkte fra registre når utvalget trekkes. Når slike registerdata ikke er tilgjengelige eller ikke brukes, kartlegges denne informasjonen via spørsmål i undersøkelsen.

Utdanningsnivå

Deltakerne rapporterer sin høyeste fullførte utdanning ved å velge mellom syv kategorier:

1. Ingen fullført utdanning
2. Grunnskole eller tilsvarende (f.eks. framhaldsskole, folkehøgskole)
3. Videregående skole eller tilsvarende (f.eks. yrkesskole, gymnas)
4. Fagskole
5. Høyskole/universitet, årsstudium eller tilsvarende (mindre enn 2 år)
6. Høyskole/universitet, bachelorgrad, cand.mag. eller tilsvarende (2–4 år)
7. Høyskole/universitet, mastergrad, hovedfag eller tilsvarende (mer enn 4 år)

For analyser rapporteres utdanningsnivå ofte i fire kategorier:

- Grunnskole eller lavere (1–2)

- Videregående skole og fagskole (3–4)
- Høyskole/universitet, kort (5–6)
- Høyskole/universitet, lang (7)

I noen tilfeller brukes en todeling der de med høyskole/universitet (5–7) skilles fra de med grunnskole eller videregående (1–4).

Spørsmålskategoriene ble revidert i 2021 i samarbeid med Statistisk sentralbyrå (SSB) for å gjøre dem mer sammenlignbare med nasjonale statistikker. Tidligere var det ikke egne svaralternativer for fagskole og høyskole/universitet under to år, noe som kan ha ført til at enkelte med disse utdanningene tidligere ble feilklassifisert som høyere utdannede. Endringen gjør at utdanningsnivå rapportert fra 2021 og fremover er mer sammenlignbart med SSBs befolkningsdata.

Opplevd økonomisk situasjon

For å kartlegge husholdningens økonomiske situasjon bes deltakerne vurdere hvor lett eller vanskelig det er å få økonomien til å strekke til i hverdagen. Svaralternativene er:

- Svært vanskelig
- Vanskelig
- Forholdsvis vanskelig
- Forholdsvis lett
- Lett
- Svært lett
- Vet ikke

I analysene rapporteres ofte andelen som opplever økonomiske vansker, definert som de som har svart «Svært vanskelig», «Vanskelig» eller «Forholdsvis vanskelig». Kategorien «Vet ikke» holdes utenfor prosentfordelingen. Grad av økonomiske vansker brukes også som prediktor i analysene. I denne sammenhengen beholdes alle svaralternativene som separate kategorier (utenom «vet ikke», som holdes utenfor analysen).

Arbeids- og livssituasjon

Deltakerne velger én eller flere kategorier som beskriver deres arbeidssituasjon:

- Yrkesaktiv heltid (32 timer eller mer per uke)
- Yrkesaktiv deltid (mindre enn 32 timer per uke)
- Selvstendig næringsdrivende
- Sykmeldt

- Arbeidsledig
- Uføretrygdet/mottar arbeidsavklaringspenger
- Mottar sosialstønad
- Alders- eller førtidspensjonist
- Skoleelev eller student
- Vernepliktig, sivilarbeider
- Hjemmearbeidende

Disse kategoriene gir innsikt i arbeidsdeltakelse og helserelaterte trygdeytelser i ulike deler av befolkningen.

Sivilstatus

Deltakerne oppgir sin sivilstatus ved å velge ett eller flere av følgende svaralternativer:

- Gift/registrert partner
- Samboende
- Har kjæreste (som de ikke bor sammen med)
- Enslig
- Enke/enkemann

Husholdningsstørrelse og omsorgsansvar for barn

Deltakerne oppgir hvor mange personer som bor i husstanden (inkludert seg selv), med svaralternativer fra 1 til 5 eller flere.

Dersom deltakeren har barn under 18 år, bes de oppgi hvor mange barn de har omsorg for, samt hvilke aldersgrupper barna tilhører. Flere svaralternativer kan velges:

- Før barnehagealder
- Barnehagealder
- Barneskolealder (1.–4. trinn)
- Barneskolealder (5.–7. trinn)
- Ungdomsskolealder (8.–10. trinn)
- Videregående skolealder

Boligforhold

Deltakerne oppgir om de eier eller leier boligen sin, med følgende svaralternativer:

- Eier
- Leier
- Bor hos venner eller disponerer bolig på andre måter

Fødeland

Informasjon om fødeland hentes ofte fra registre, slik som i datainnsamlingen i Oslo. I tilfeller der denne informasjonen ikke er tilgjengelig fra registre, oppgir deltakerne selv om de eller minst én av deres foreldre er født utenfor Norge. De som svarer bekreftende, blir videre bedt om å oppgi hvilket land de selv er født i, samt fødelandet til sin mor og far.

Følgende svaralternativer benyttes:

- En alfabetisk nedtrekksliste med landvalg, der Norge står øverst og «Annet» er et alternativ for de som ikke finner sitt fødeland i listen.
- Dersom respondenten velger «Annet», kan de manuelt skrive inn fødelandet i et tekstfelt.

Deltakere som er født utenfor Norge, blir også spurt om hvor lenge de har bodd i landet, med følgende svaralternativer:

- Mindre enn ett år
- 1–4 år
- 5–9 år
- 10–19 år
- 20–29 år
- 30 år eller mer
- Jeg har bodd i Norge hele livet

Opplysninger om fødeland og innvandringshistorikk gir viktig innsikt i helseforskjeller og folkehelseutfordringer blant ulike befolkningsgrupper. I analyser brukes ofte grupperinger basert på fødeland, botid i Norge og foreldres fødeland for å undersøke sammenhenger mellom innvandrerbakgrunn, sosioøkonomiske forhold og helseutfall.

Vedlegg 3: Tilleggsspørsmål i Oslo

I tillegg til at mange av spørsmålene i grunnmodulen ble brukt i Folkehelseundersøkelsen i Oslo, inkluderte kommunen også noen ekstra spørsmål som er spesielt relevante for byens befolkning og folkehelsearbeid. En del av disse spørsmålene presenteres også i denne rapporten. Disse spørsmålene gir utfyllende informasjon om kosthold, støy og boligforhold, udekket behov for helsehjelp og voldserfaring. Nedenfor følger en kortfattet beskrivelse av hvert spørsmål og hvordan variablene inngår i analysene. Det er verdt å merke seg at enda flere tilleggsspørsmål ble inkludert i spørreskjemaet i Oslo, også noen innenfor de samme temaene som nevnes her. Disse er ikke omtalt i mer detalj ettersom de ikke inngår i denne rapportens analyser. De fleste tilleggsspørsmålene ble gruppert i to spørreskjemamoduler, som ble gitt til hvert sitt (tilfeldige inndelte) underutvalg av deltakere. Dette ble gjort for å få inn flest mulig spørsmål av interesse, samtidig som den enkelte deltaker fikk så kort spørreskjema som mulig. I Modul 1 ble følgende tema dekket: Sykdommer, tannhelse, udekket behov for helsehjelp. Modul 2 inneholdt følgende tema: Fysisk aktivitet, røyking, snusbruk, alkohol og andre rusmidler, kosthold og voldserfaring.

Kosthold: vegetariske middager og grove kornprodukter

Oslo sitt spørreskjema inneholder to supplerende spørsmål om kosthold. For det første blir deltakerne spurt hvor ofte de spiser middag uten kjøtt eller fisk, med svar fra «Sjelden/aldri» til «Flere ganger per dag». Variabelen brukes ofte todelt, der de som oppgir vegetarisk middag én gang per uke eller oftere skilles ut. For det andre er det et spørsmål om hvor ofte de inntar grove kornprodukter (som grovbrød og havregrøt). Her skilles de som rapporterer «Flere ganger per dag» fra øvrige. Begge spørsmålene er ment å gi mer utfyllende informasjon om befolkningens kosthold opp mot de nasjonale kostholdsrådene²¹.

Støy i boligen

Deltakerne blir først spurt om de har problemer med støy i boligen fra naboer eller andre kilder. De som svarer bekreftende, får deretter spørsmål om i hvilken grad de er plaget av ulike typer støy, som trafikk, bygg- og anleggsvirksomhet eller restaurant- og uteliv.

Svaralternativene strekker seg fra «Ikke i det hele tatt» til «Veldig mye». Dersom en person svarer «Ganske mye» eller «Veldig mye» på én eller flere kilder, regnes vedkommende som plaget av støy i boligen. Denne typen bosetnings- og nærmiljøproblematikk er særlig aktuell i en storbykontekst.

Opplevelse av boligstørrelse

For å undersøke trangboddhet blir deltakerne spurt om de synes boligen er passe stor, for liten eller for stor. De som oppgir at boligen er for liten, klassifiseres som å ha et plassproblem. Denne enkeltvariabelen belyser i hvilken grad folk opplever at boligarealet ikke er tilstrekkelig for husstandens behov.

Alvorlig sykdom: diabetes, kols og hjerte-karsykdom

Tilleggsmodulen inneholder et samlespørsmål om tre ulike sykdommer eller tilstander: hjerte- og karsykdom (for eksempel hjerteinfarkt, angina eller hjerneslag), diabetes og kronisk bronkitt/kols/emfysem. Deltakerne svarer om de har eller har hatt noen av disse. De som oppgir «ja» på minst én av dem, blir registrert som å ha (eller ha hatt) en slik sykdom. Spørsmålet gir et raskt bilde av forekomsten av alvorlige og kroniske helsetilstander i Oslos befolkning.

²¹ <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kostradene-og-naeringsstoffer/kostrad-for-befolkningen>

Udekket behov for tannhelsetjenester og psykiske helsetjenester

Når det gjelder tannhelsetjenester blir deltakerne spurt om de det siste året har hatt behov for tannlege eller tannpleier. De som oppgir at de har hatt behov, men ikke søkt hjelp, defineres med udekket behov. Tilsvarende spørsmål stilles om behov for profesjonell hjelp ved psykiske plager. De som svarer at de har hatt behov uten å søke hjelp, grupperes som personer med udekket behov for psykiske helsetjenester. Disse variablene er viktige for å identifisere hvor mange mennesker i Oslo som opplever behov for disse tjenestene, uten å få det dekket. De som oppgav behov for psykisk helsehjelp, men ikke søkt hjelp, ble spurt om årsaker til dette. De som oppgav å ha søkt hjelp, ble spurt om hvilke tjeneste(r) de hadde oppsøkt. Resultantene på disse oppfølgingsspørsmålene er ikke presentert i inneværende rapport.

Opplevd fysisk eller psykisk vold eller voldtekt i løpet av livet

Deltakerne blir spurt om de noen gang har blitt utsatt for alvorlig fysisk vold, psykisk vold (gjentatt latterliggjøring eller ydmykelser) eller voldtekt. Svaralternativene skiller mellom hendelser i barndommen, i voksen alder og de siste 12 månedene. De som har opplevd minst én av disse formene for vold i en eller annen livsfase, kategoriseres som utsatt for vold eller overgrep i løpet av livet. Dette gir et innblikk i omfanget av belastende livserfaringer i Oslo, som kan ha stor betydning for folkehelsen.

Vedlegg 4: Tabell fylkessammenstilling



Tabell A1: Utfallsmål etter fylke. Ikke-populasjonsvektede tall.

I tabellene som kommer på de neste sidene presenterer vi tall fra den foreliggende undersøkelsen og fra alle de tidligere folkehelseundersøkelsene i fylkene. Vi viser bare ett enkelt tall for hvert utfallsmål fra hver undersøkelse.

I datainnsamlingen i Oslo i 2024 ble det oversamlet blant de yngste voksne (18–29 år) i utvalgte områder samt personer med fødeland i Eritrea, Irak, Pakistan, Polen, Somalia, Syria eller Ukraina. I undersøkelsen i Oslo er det korrigert samtidig for både design og frafall etter kjønn, alder, delbydelstørrelse og innvandrerandel. Dette er ulikt tidligere Folkehelseundersøkelser i fylkene, der det bare er vektet etter studiedesign og ikke frafall. At det er brukt en annen vekting av data enn i tidligere Folkehelseundersøkelser i fylkene, bidrar til å gjøre sammenligninger av totaltallene med tidligere år usikre. Vi har likevel valgt å inkludere disse tabellene med tall fra tidligere undersøkelser, men leseren må være oppmerksom på de metodiske forskjellene og tolke resultatene med forsiktighet.

Spørreskjemaet som brukes i Folkehelseundersøkelsene har vært revidert flere ganger. Tabellen er derfor ikke helt komplett. Vi har merket tallene fra tidligere FHUS-undersøkelser i rosa farge der spørsmålsformuleringene eller svarkategoriene ikke er identiske med det som er brukt i Oslo 2024.

I undersøkelsen i Oslo var sumskåren for «Positive følelser» basert på fire ledd. Tidligere har en som regel benyttet en sumskår basert på bare to ledd. For å kunne sammenligne med andre fylker har vi derfor i tabellen nedenfor benyttet sumskåren med bare to ledd også for FHUS Oslo 2024.

		Trivsel, tilgjengelighet på tjenester og fasiliteter, deltakelse i aktiviteter								
Fylke	År	Trivsel i nærmiljøet (stor grad av)	Kulturtilbud (god/svært god tilgjengelighet)	Idrettstilbud (god/svært god tilgjengelighet)	Butikker (god/svært god tilgjengelighet)	Offentlig transport (god/svært god tilgjengelighet)	Natur og friluftsområder (god/svært god tilgjengelighet)	Gang og sykkelveier (godt eller svært godt utbygde)	Organisert aktivitet (ukentlig)	Egen-organisert Aktivitet (ukentlig)
		%	%	%	%	%	%	%	%	%
Hordaland	2018	73,2							25,5	41,6
Sogn og Fjordane	2019	70,5							27,7	41,8
Troms og Finnmark	2019	72,1			80,5	39,2	95,1	43,2	24,8	53,0
Agder	2019	75,5			82,8	50,2	95,1	60,5	32,8	57,5
Nordland	2020	70,9			81,5	31,8	95,6	46,7	26,9	52,0
Rogaland	2020	76,6			85,0	57,9	92,4	67,9	27,6	53,9
Møre og Romsdal	2021	73,7	67,5	76,8	79,1	34,2	93,3	43,7	22,5	45,5
Vestfold og Telemark	2021	76,6	78,5	82,5	84,9	52,5	92,5	60,5	25,9	47,0
Viken	2021	74,1	74,5	80,0	81,6	60,7	91,1	55,5	23,1	43,8
Vestland	2022	73,4	70,2	78,3	81,8	53,9	92,6	39,1	24,2	47,2
Innlandet	2023	71,7	66,1	82,6	75,7	38,9	92,3	52,2	24,9	46,8
Agder	2023	73,5	73,3	79,0	79,1	47,8	92,1	59,0	31,4	53,2
Rogaland	2023	70,1	73,3	78,1	80,8	54,4	89,2	69,2	29,2	52,1

Oslo 2024										
Gjennomsnitt eller prosenter	-	-	-	-	-	-	-	-	22,3	-
Lav CI95%	-	-	-	-	-	-	-	-	21,9	-
Høy CI95%	-	-	-	-	-	-	-	-	22,7	-

		Helserelaterte utfall									
Fylke	År	God eller svært god helse	God eller svært god tannhelse	Siste besøk hos tannlege > 2 år	KMI 30+	Søvn-problemer (Insomni)	HSCL-5	Hverdagen i stor grad påvirket av helseplager	Hverdagen i stor grad påvirket av funksjonsnedsettelser på grunn av skade	Korsrygg-smerter	Nakke-smerter
		%	%	%	%	%	$\bar{X}$	%	%	%	%
Hordaland	2018	75,9		10,4			1,46				
Sogn og Fjordane	2019	76,1		11,4			1,42				
Troms og Finnmark	2019	69,8	67,4	15,9	20,7		1,50	11,7	6,1		
Agder	2019	72,4	74,7	10,8	17,5		1,52	11,4	6,1		
Nordland	2020	70,1	69,5	14,3	21,5		1,50	12,0	5,8		
Rogaland	2020	75,7	76,5	9,4	16,2		1,50	9,2	4,6		

Møre og Romsdal	2021	71,8	72,6	12,3	19,4	11,1	1,50	11,1	5,2	42,9	38,1
Vestfold og Telemark	2021	71,1	73,1	11,7	18,9	13,0	1,52	13,0	6,3	43,8	41,9
Viken	2021	72,1	74,7	12,0	18,4	11,5	1,52	11,9	5,9	43,0	41,8
Vestland	2022	70,0	74,6	11,3	17,9	11,9	1,51	11,2	5,4	43,5	40,1
Innlandet	2023	67,8	71,9	12,5	21,6	12,1	1,57	14,6	7,1	47,9	44,3
Agder	2023	69,5	72,9	10,8	18,8	14,4	1,59	15,2	7,3	45,2	41,9
Rogaland	2023	70,3	72,5	10,7	17	14,2	1,62	12,7	6,1	43,4	41,4
Oslo 2024											
Gjennomsnitt eller prosenter		69,6	68,6	-	12,3	14,5	1,77	11,7	-	45,4	44,0
Lav CI95%		69,1	67,9	-	11,9	14,1	1,76	11,4	-	44,8	43,5
Høy CI95%		70,1	69,3	-	12,6	14,9	1,78	12,0	-	45,9	44,5

		Mellommenneskelige relasjoner, helserelatert atferd												
Fylke	År	Sosial støtte (høy grad)	Sammen med gode venner ukentlig el. oftere	Ensom (UCLA)	Fysisk aktiv	Røyker daglig	Bruker snus daglig	Inntak av brus/leskedrikk 2-3 gg. i uken eller oftere	Daglig inntak av frukt eller bær	Daglig inntak av grønnsaker	Spiser fisk 2-3gg. i uken eller oftere	Drikker alkohol 2-3 gg. i uken eller oftere	Episodisk høyt alkoholforbruk	Alkohol-enheter per gang
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	̄x

Hordaland	2018					8,7	10,5					33,8	45,1			21,2	17,3
Sogn og Fjordane	2019					8,4	10,3					32,3	41,5			13,8	13,1
Troms og Finnmark	2019	64,2			20,6	10,0	14,8					25,3	32,7			18,8	17,6
Agder	2019	44,8	65,0	10,9	18,2	9,2	11,0					29,3	36,8			19,6	19,6
Nordland	2020	61,6			20,0	9,0	15,5					25,0	34,6			20,6	15,8
Rogaland	2020	57,5			22,4	7,9	11,3					29,4	40,1			22,2	19,2
Møre og Romsdal	2021	36,7	50,2			25,0	8,5	12,8	30,4	35,4	42,8	58,4	18,9			13,2	
Vestfold og Telemark	2021	36,3	51,7			20,4	9,2	12,5	26,6	33,0	48,2	48,8	25,0			16,5	
Viken	2021	35,9	47,0	11,3	20,3	8,3	12,3	24,8	33,2	47,3	51,0	28,1			15,9		
Vestland	2022	36,2	52,1	11,4	24,7	7,1	11,8	26,2	37,6	47,7	54,3	21,5	15,7	3,0			
Innlandet	2023	33,6	51,2	13,9	22,3	9,0	13,8	27,8	28,5	36,0	46,5	20,2	12,4	2,8			
Agder	2023	38,2	57,0	13,4	22,3	8,0	11,3	28,4	31,8	40,8	42,9	19,3	16,3	3,3			
Rogaland	2023	35,4	54	14,2	23,5	6,9	13,5	30,1	32,7	42	45,9	18,9	19	3,41			
Oslo 2024																	
Gjennomsnitt eller prosent		27,0	50,1	16,8	22,6	6,7	14,9	25,6	30,1	48,3	42,9	26,8	23,0	3,3			
Lav CI95%		26,5	49,6	16,4	22,0	6,4	14,4	24,9	29,4	47,6	42,1	26,2	22,4	3,3			

Høy CI95%	27,4	50,6	17,2	23,2	7,1	15,5	26,2	30,8	49,1	43,6	27,5	23,7	3,4
-----------	------	------	------	------	-----	------	------	------	------	------	------	------	-----

		Økonomi og livskvalitet											
Fylke	År	Økonomiske vansker	Tilfredshet med livet	Fremtids-optimisme	Det man gjør i livet er meningsfylt	Negative følelser	Positive følelser (glad; rolig og avslappet)	Ensomhet	Sosiale relasjoner (støttende og givende)	Tillit til andre	Steds-tilhørighet	Føler seg trygg i nærmiljøet	Engasjement
		%	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$
Hordaland	2018												
Sogn og Fjordane	2019												
Troms og Finnmark	2019	21,4	7,53		7,52	3,13	7,00	2,23	7,33	7,01	7,44	9,16	6,42
Agder	2019	20,8	7,59		7,56	3,17	6,98	2,20	7,43	7,23	7,43	8,96	6,48
Nordland	2020	19,4	7,48		7,50	3,14	7,00	2,21	7,28	7,09	7,60	9,16	6,36
Rogaland	2020	16,7	7,54		7,49	3,02	6,96	1,93	7,45	7,24	7,47	8,93	6,34
Møre og Romsdal	2021	16,8	7,30	7,79	7,45	3,14	6,86	2,22	7,22	7,03	7,55	9,18	6,05
Vestfold og Telemark	2021	18,7	7,41	7,81	7,47	3,11	6,81	1,97	7,32	7,15	7,38	8,94	6,31

Viken	2021	18,7	7,35	7,75	7,42	3,16	6,76	1,96	7,33	7,10	7,18	8,75	6,29
Vestland	2022	19,2	7,32	7,65	7,41	3,35	6,88	2,29	7,27	7,05	7,34	8,92	6,50
Innlandet	2023	27,1	7,24	7,50	7,35	3,10	6,62	2,11	7,09	6,69	7,17	9,04	6,23
Agder	2023	26,2	7,14	7,46	7,27	3,17	6,63	2,14	7,34	6,94	7,19	8,71	6,20
Rogaland	2023	25,2	7,10	7,35	7,18	3,27	6,59	2,24	7,29	6,94	7,04	8,58	6,18
Oslo 2024													
Gjennomsnitt eller prosenter		36,2	6,85	7,43	6,97	3,68	6,37	2,51	7,20	6,58	6,58	8,18	6,18
Lav CI95%		35,7	6,83	7,40	6,94	3,66	6,35	2,47	7,18	6,55	6,55	8,16	6,15
Høy CI95%		36,7	6,88	7,45	6,99	3,71	6,39	2,54	7,22	6,60	6,61	8,20	6,20

Vedlegg 5: Tabeller med enkle frekvensfordelinger

Merk: Tabellene viser uvektede tall.

Tabell 1: Høyeste fullførte utdanningsnivå

Høyeste fullførte utdanningsnivå	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Grunnskole	2096	4,62	4,62
Videregående skole	8197	18,08	22,70
Fagskole	2487	5,48	28,18
Universitet <2 år	3178	7,01	35,19
Universitet 2-4 år	12544	27,66	62,86
Universitet >4 år	16483	36,35	99,21
Ingen fullført utdanning	359	0,79	100,00
Totalt:	45344	100	

Tabell 2: Vurdering av husholdningsøkonomien

Vurdering av husholdningsøkonomien	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Svært vanskelig	2793	6,19	6,19
Vanskelig	4520	10,01	16,19
Forholdsvis vanskelig	8448	18,71	34,90
Forholdsvis lett	12514	27,71	62,62
Lett	9238	20,46	83,07
Svært lett	6773	15,00	98,07
Vet ikke	870	1,93	100,00
Totalt:	45156	100	

Tabell 3: Hvordan vurderer du alt i alt din egen helse?

Hvordan vurderer du alt i alt din egen helse?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Svært god	10271	22,64	22,64
God	20775	45,79	68,43
Verken god eller dårlig	9295	20,49	88,91
Dårlig	4381	9,66	98,57
Svært dårlig	650	1,43	100,00
Totalt:	45372	100	

Tabell 4: Hvordan vurderer du tannhelsen din?

Hvordan vurderer du tannhelsen din?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Svært god	5173	23,09	23,09
God	10209	45,57	68,67
Verken god eller dårlig	4882	21,79	90,46
Dårlig	1624	7,25	97,71
Svært dårlig	513	2,29	100,00
Totalt:	22401	100	

Merk: Spørsmålet ble gitt kun til halve utvalget.

Tabell 5: HSCL1: Nervøsitet eller indre uro?

Nervøsitet eller indre uro?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Ikke plaget	19007	42,39	42,39
Litt plaget	16778	37,42	79,81
Ganske mye plaget	6630	14,79	94,60
Veldig mye plaget	2422	5,40	100,00
Totalt:	44837	100	

Tabell 6: HSCL2: Redsel eller engstelse?

Redsel eller engstelse?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Ikke plaget	25510	59,10	59,10
Litt plaget	12370	28,66	87,76
Ganske mye plaget	4020	9,31	97,07
Veldig mye plaget	1265	2,93	100,00
Totalt:	43165	100	

Tabell 7: HSCL3: Følelse av håpløshet med tanke på fremtiden?

Følelse av håpløshet med tanke på fremtiden?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Ikke plaget	21450	48,85	48,85
Litt plaget	14540	33,11	81,96
Ganske mye plaget	5461	12,44	94,40
Veldig mye plaget	2458	5,60	100,00
Totalt:	43909	100	

Tabell 8: HSCL4: Nedtrykthet eller tungsindighet?

Nedtrykthet eller tungsindighet?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Ikke plaget	22488	51,13	51,13
Litt plaget	14919	33,92	85,05
Ganske mye plaget	4787	10,88	95,94
Veldig mye plaget	1786	4,06	100,00
Totalt:	43980	100	

Tabell 9: HSCL5: Bekymring eller uro?

Bekymring eller uro?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Ikke plaget	14402	32,63	32,63
Litt plaget	20387	46,19	78,82
Ganske mye plaget	6846	15,51	94,32
Veldig mye plaget	2505	5,68	100,00
Totalt:	44140	100	

Tabell 10: Hvor ofte har du vanskelig for å sovne om kvelden?

Hvor ofte har du vanskelig for å sovne om kvelden?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Aldri/sjelden	15405	34,09	34,09
Av og til	16387	36,26	70,35
1-2 ganger per uke	5783	12,80	83,15
Minst 3 ganger per uke	7617	16,85	100,00
Totalt:	45192	100	

Tabell 11: Hvor ofte har du gjentatte oppvåkninger om natten?

Hvor ofte har du gjentatte oppvåkninger om natten?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Aldri/sjelden	9395	21,16	21,16
Av og til	15452	34,81	55,97
1-2 ganger per uke	5781	13,02	68,99
Minst 3 ganger per uke	13766	31,01	100,00
Totalt:	44394	100	

Tabell 12: Hvor ofte er du trøtt eller søvnig på dagtid?

Hvor ofte er du trøtt eller søvnig på dagtid?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Aldri/sjelden	6381	14,39	14,39
Av og til	18590	41,92	56,30
1-2 ganger per uke	7059	15,92	72,22
Minst 3 ganger per uke	12320	27,78	100,00
Totalt:	44350	100	

Tabell 13: Om du har søvnvansker, hvor lenge har de vart?

Om du har søvnvansker, hvor lenge har de vart?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Mindre enn 1 måned	2313	5,12	5,12
1-2 måneder	1489	3,30	8,42
3-6 måneder	1855	4,11	12,52
7-12 måneder	1588	3,52	16,04
Mer enn 1 år	15542	34,41	50,44
Jeg har ikke søvnvansker	22386	49,56	100,00
Totalt:	45173	100	

Tabell 14: Har du noen langvarige sykdommer eller helseproblemer?

Har du noen langvarige sykdommer eller helseproblemer?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Ja	20491	45,20	45,20
Nei	24840	54,80	100,00
Totalt:	45331	100	

Tabell 15: I hvilken grad påvirker disse sykdommene eller helseproblemene hverdagen din?

I hvilken grad påvirker disse sykdommene eller helseproblemene hverdagen din?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
I stor grad	5600	27,37	27,37
I noen grad	8953	43,76	71,13
I liten grad	4960	24,24	95,37
Ikke i det hele tatt	948	4,63	100,00
Totalt:	20461	100	

Merk: Spørsmålet er bare stilt til de som svarte «ja» på spørsmålet «Har du noen langvarige sykdommer eller helseproblemer?»

Tabell 16: OSSS1: Hvor mange personer står deg så nær at du kan regne med dem hvis du har store personlige problemer?

OSSS1: Hvor mange personer står deg så nær at du kan regne med dem hvis du har s	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Ingen	3193	7,04	7,04
1-2	11638	25,67	32,72
3-5	16425	36,23	68,95
6 eller flere	14075	31,05	100,00
Totalt:	45331	100	

Tabell 17: OSSS2: Hvor stor eller liten interesse viser andre for det du gjør?

OSSS2: Hvor stor eller liten interesse viser andre for det du gjør?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Stor interesse	1562	3,45	3,45
Noe interesse	3285	7,26	10,72
Verken stor eller liten interesse	6993	15,46	26,18
Liten interesse	19204	42,47	68,65
Ingen interesse	14179	31,35	100,00
Totalt:	45223	100	

Tabell 18: OSSS3: Hvor lett er det å få praktisk hjelp fra naboer om du skulle trenge det?

OSSS3: Hvor lett er det å få praktisk hjelp fra naboer om du skulle trenge det?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Svært lett	4056	9,01	9,01
Lett	6495	14,43	23,45
Verken lett eller vanskelig	17675	39,28	62,72
Vanskelig	11723	26,05	88,77
Svært vanskelig	5054	11,23	100,00
Totalt:	45003	100	

Tabell 19: UCLA1: Hvor ofte føler du at du savner noen å være sammen med?

UCLA1: Hvor ofte føler du at du savner noen å være sammen med?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Aldri	12046	26,59	26,59
Sjelden	13874	30,62	57,21
Av og til	12764	28,17	85,38
Ofte	4415	9,74	95,12
Svært ofte	2211	4,88	100,00
Totalt:	45310	100	

Tabell 20: UCLA2: Hvor ofte føler du deg utenfor?

UCLA2: Hvor ofte føler du deg utenfor?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Aldri	10405	22,97	22,97
Sjelden	17200	37,96	60,93
Av og til	12182	26,89	87,81
Ofte	3810	8,41	96,22
Svært ofte	1711	3,78	100,00
Totalt:	45308	100	

Tabell 21: UCLA3: Hvor ofte føler du deg isolert fra andre?

UCLA3: Hvor ofte føler du deg isolert fra andre?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Aldri	17624	39,24	39,24
Sjelden	13911	30,98	70,22
Av og til	8613	19,18	89,40
Ofte	3117	6,94	96,34
Svært ofte	1645	3,66	100,00
Totalt:	44910	100	

Tabell 22: Hvor ofte er du sammen med gode venner?

Hvor ofte er du sammen med gode venner?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Daglig eller nesten daglig	4444	9,82	9,82
Ukentlig	17912	39,57	49,39
Månedlig	16308	36,03	85,41
Årlig	2933	6,48	91,89
Sjeldnere / aldri	2031	4,49	96,38
Har ingen gode venner	1639	3,62	100,00
Totalt:	45267	100	

Tabell 23: Hvor ofte deltar du i organisert aktivitet/frivillig arbeid?

Deltakelse i organisert aktivitet/frivillig arbeid	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Daglig eller nesten daglig	1662	3,67	3,67
Ukentlig	8695	19,20	22,88
Månedlig	5631	12,44	35,31
Årlig	5743	12,68	48,00
Sjeldnere / aldri	23544	52,00	100,00
Totalt:	45275	100	

Tabell 28: Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tiden?

Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tiden?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
0: Ikke tilfreds i det hele tatt	735	1,62	1,62
1	471	1,04	2,66
2	862	1,90	4,56
3	1908	4,20	8,76
4	2186	4,82	13,57
5	4195	9,24	22,81
6	5497	12,11	34,92
7	9436	20,78	55,71
8	9722	21,41	77,12
9	5273	11,61	88,74
10: Svært tilfreds	5114	11,26	100,00
Totalt:	45399	100	

Tabell 29: Hvor fornøyd tror du at du vil være med livet ditt fem år fra nå?

Hvor fornøyd tror du at du vil være med livet ditt fem år fra nå?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
0: Ikke tilfreds i det hele tatt	694	1,54	1,54
1	472	1,05	2,59
2	654	1,45	4,04
3	1262	2,80	6,84
4	1389	3,08	9,93
5	3750	8,33	18,25
6	3580	7,95	26,20
7	7303	16,21	42,41
8	10755	23,88	66,29
9	7733	17,17	83,46
10: Svært tilfreds	7452	16,54	100,00
Totalt:	45044	100	

Tabell 30: Alt i alt, i hvilken grad opplever du at det du gjør i livet er meningsfylt?

Alt i alt, i hvilken grad opplever du at det du gjør i livet er meningsfylt?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
0: Ikke meningsfylt i det hele tatt	1045	2,31	2,31
1	612	1,35	3,66
2	1067	2,36	6,02
3	1798	3,97	9,99
4	1948	4,30	14,29
5	4346	9,60	23,89
6	4659	10,29	34,18
7	7466	16,49	50,67
8	8775	19,38	70,05
9	5791	12,79	82,84
10: Svært meningsfylt	7771	17,16	100,00
Totalt:	45278	100	

Tabell 31: I hvilken grad har du følt deg ensom siste syv dager?

Ensom siste syv dager	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
0: Ikke ensom i det hele tatt	18291	40,40	40,40
1	5213	11,51	51,91
2	4693	10,36	62,27
3	3672	8,11	70,38
4	2470	5,45	75,84
5	3194	7,05	82,89
6	2155	4,76	87,65
7	2026	4,47	92,12
8	1585	3,50	95,62
9	760	1,68	97,30
10: Svært ensom	1221	2,70	100,00
Totalt:	45280	100	

Tabell 32: Vil du stort sett si at folk flest er til å stole på?

Vil du stort sett si at folk flest er til å stole på?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
0: Kan ikke være for forsiktig	1779	3,93	3,93
1	699	1,54	5,47
2	1358	3,00	8,47
3	2279	5,03	13,50
4	2346	5,18	18,68
5	6106	13,48	32,17
6	4270	9,43	41,60
7	7183	15,86	57,46
8	7720	17,05	74,50
9	3853	8,51	83,01
10: Folk flest er til å stole på	7693	16,99	100,00
Totalt:	45286	100	

Tabell 33: I hvilken grad føler du at du hører til på stedet der du bor?

I hvilken grad føler du at du hører til på stedet der du bor?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
0: Føler ikke tilhørighet overhodet	1713	3,78	3,78
1	787	1,74	5,52
2	1617	3,57	9,09
3	2347	5,18	14,28
4	2271	5,02	19,29
5	5426	11,99	31,28
6	4738	10,47	41,75
7	6554	14,48	56,22
8	7202	15,91	72,13
9	4354	9,62	81,75
10: Føler sterk grad av tilhørighet	8262	18,25	100,00
Totalt:	45271	100	

Tabell 34: Alt i alt, hvor trygg føler du deg når du er ute og går i nærmiljøet?

Alt i alt, hvor trygg føler du deg når du er ute og går i nærmiljøet?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
0: Ikke trygg i det hele tatt	448	0,99	0,99
1	244	0,54	1,53
2	522	1,15	2,68
3	904	2,00	4,67
4	1158	2,56	7,23
5	2268	5,01	12,23
6	2364	5,22	17,45
7	5177	11,42	28,88
8	8183	18,06	46,94
9	7901	17,44	64,37
10: Svært trygg	16144	35,63	100,00
Totalt:	45313	100	

Tabell 35: I hvilken grad har du følt deg engasjert de siste syv dager?

Følt deg engasjert siste syv dager?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
0: Ikke engasjert i det hele tatt	1415	3,13	3,13
1	722	1,60	4,73
2	1588	3,51	8,24
3	2687	5,94	14,18
4	3097	6,85	21,03
5	6662	14,73	35,76
6	6024	13,32	49,08
7	8147	18,02	67,10
8	7318	16,18	83,28
9	3435	7,60	90,88
10: Svært engasjert	4125	9,12	100,00
Totalt:	45220	100	

Tabell 36: Mine relasjoner er støttende og givende

Mine relasjoner er støttende og givende	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
0: Helt uenig	840	1,86	1,86
1	576	1,27	3,13
2	993	2,19	5,32
3	1626	3,59	8,91
4	1761	3,89	12,81
5	4556	10,07	22,87
6	3993	8,82	31,69
7	6826	15,08	46,77
8	8062	17,81	64,58
9	4647	10,27	74,85
10: Helt enig	11383	25,15	100,00
Totalt:	45263	100	

Tabell 37: Jeg bidrar aktivt til andres lykke og tilfredshet

Jeg bidrar aktivt til andres lykke og tilfredshet	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
0: Helt uenig	619	1,37	1,37
1	396	0,88	2,24
2	742	1,64	3,88
3	1398	3,09	6,97
4	1686	3,73	10,70
5	4972	10,99	21,69
6	5235	11,57	33,27
7	8243	18,22	51,49
8	8995	19,88	71,37
9	4591	10,15	81,52
10: Helt enig	8359	18,48	100,00
Totalt:	45236	100	

Tabell 24: Hvor ofte trener eller mosjonerer du vanligvis?

Hvor ofte trener eller mosjonerer du vanligvis?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Aldri	1172	5,14	5,14
Sjeldnere enn en gang i uken	2179	9,55	14,69
En gang i uken	3061	13,42	28,11
2-3 ganger i uken	8165	35,79	63,90
4-5 ganger i uken	4396	19,27	83,17
Omtrent hver dag	3839	16,83	100,00
Totalt:	22812	100	

Merk: Spørsmålet ble gitt kun til halve utvalget.

Tabell 25: Hvor hardt trener eller mosjonerer du?

Hvor hardt trener eller mosjonerer du?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Tar det rolig uten å bli andpusten eller svett	8569	39,78	39,78
Tar det så hardt at jeg blir andpusten og/eller svett	11600	53,85	93,62
Tar meg nesten helt ut	1374	6,38	100,00
Totalt:	21543	100	

Merk: Spørsmålet ble gitt kun til halve utvalget OG blant disse de som svarte «sjeldnere enn en gang i uken» eller oftere på spørsmål om hvor ofte man trener eller mosjonerer.

Tabell 26: Hvor lenge holder du på hver gang?

Hvor lenge holder du på hver gang?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Mindre enn 15 minutter	1349	6,25	6,25
15 minutter - 29 minutter	4082	18,92	25,18
30 minutter – 1 time	11160	51,74	76,91
Mer enn 1 time	4980	23,09	100,00
Totalt:	21571	100	

Merk: Spørsmålet ble gitt kun til halve utvalget OG blant disse de som svarte «sjeldnere enn en gang i uken» eller oftere på spørsmål om hvor ofte man trener eller mosjonerer.

Tabell 27: Hvis du er i lønnet eller ulønnet arbeid, hvordan vil du beskrive arbeidet ditt?

Hvis du er i lønnet eller ulønnet arbeid, hvordan vil du beskrive arbeidet ditt?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
For det meste stillesittende arbeid (f.eks. skrivebordsarbeid, montering)	11112	49,17	49,17
Arbeid som krever at du går mye (f.eks. ekspeditørarbeid, lett industriarbeid,	3410	15,09	64,27
Arbeid der du går og løfter mye (f.eks. pleier, bygningsarbeider)	2311	10,23	74,49
Tungt kroppsarbeid	509	2,25	76,74
Er ikke i lønnet eller ulønnet arbeid	5255	23,26	100,00
Totalt:	22597	100	

Merk: Spørsmålet ble gitt kun til halve utvalget.

Tabell 38: Hvor ofte drikker du sukkerholdig brus/saft/leskedrikk?

Hvor ofte drikker du sukkerholdig brus/saft/leskedrikk?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Sjelden / aldri	9589	42,02	42,02
1-3 ganger per måned	4673	20,48	62,50
1 gang per uke	3053	13,38	75,87
2-3 ganger per uke	2822	12,37	88,24
4-6 ganger per uke	1013	4,44	92,68
1 gang per dag	986	4,32	97,00
Flere ganger per dag	685	3,00	100,00
Totalt:	22821	100	

Merk: Spørsmålet ble gitt kun til halve utvalget.

Tabell 39: Hvor ofte spiser du frukt eller bær (regn ikke med juice eller fruktsaft)?

Hvor ofte spiser du frukt eller bær (regn ikke med juice eller fruktsaft)?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Sjelden / aldri	1053	4,64	4,64
1-3 ganger per måned	2096	9,23	13,87
1 gang per uke	2858	12,59	26,46
2-3 ganger per uke	5735	25,27	51,73
4-6 ganger per uke	3858	17,00	68,73
1 gang per dag	4084	17,99	86,72
Flere ganger per dag	3015	13,28	100,00
Totalt:	22699	100	

Merk: Spørsmålet ble gitt kun til halve utvalget.

Tabell 40: Hvor ofte spiser du grønnsaker (inkludert salat)?

Hvor ofte spiser du grønnsaker (inkludert salat)?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Sjelden / aldri	264	1,16	1,16
1-3 ganger per måned	536	2,36	3,52
1 gang per uke	996	4,39	7,91
2-3 ganger per uke	4196	18,47	26,38

4-6 ganger per uke	5627	24,78	51,16
1 gang per dag	6257	27,55	78,71
Flere ganger per dag	4836	21,29	100,00
Totalt:	22712	100	

Merk: Spørsmålet ble gitt kun til halve utvalget.

Tabell 41: Hvor ofte spiser du fisk (til lunsj, til middag eller som pålegg)?

Hvor ofte spiser du fisk (til lunsj, til middag eller som pålegg)?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Sjelden / aldri	1797	7,92	7,92
1-3 ganger per måned	3791	16,71	24,63
1 gang per uke	7159	31,55	56,18
2-3 ganger per uke	8067	35,55	91,73
4-6 ganger per uke	1411	6,22	97,95
1 gang per dag	366	1,61	99,56
Flere ganger per dag	100	0,44	100,00
Totalt:	22691	100	

Merk: Spørsmålet ble gitt kun til halve utvalget.

Tabell 42: Hvor ofte spiser du kjøtt / bearbeidede kjøttprodukter av svin, storfe, lam / sau eller geit (til lunsj, til middag eller som pålegg)?

Hvor ofte spiser du kjøtt / bearbeidede kjøttprodukter av svin, storfe, lam / sa	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Sjelden / aldri	1581	6,95	6,95
1-3 ganger per måned	1459	6,42	13,37
1 gang per uke	2579	11,34	24,71
2-3 ganger per uke	8493	37,35	62,07
4-6 ganger per uke	5619	24,71	86,78
1 gang per dag	2003	8,81	95,59
Flere ganger per dag	1002	4,41	100,00
Totalt:	22736	100	

Merk: Spørsmålet ble gitt kun til halve utvalget.

Tabell 43: Hvor ofte spiser du middag uten kjøtt / fisk (vegetarisk)?

Hvor ofte spiser du middag uten kjøtt / fisk (vegetarisk)?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Sjelden / aldri	6049	26,65	26,65
1-3 ganger per måned	4372	19,26	45,91
1 gang per uke	5223	23,01	68,93
2-3 ganger per uke	4509	19,87	88,79
4-6 ganger per uke	1354	5,97	94,76
1 gang per dag	649	2,86	97,62
Flere ganger per dag	541	2,38	100,00
Totalt:	22697	100	

Merk: Spørsmålet ble gitt kun til halve utvalget.

Tabell 44: Hvor ofte spiser du grove kornprodukter (som grovbrød, müsli, havregrøt og fullkornspasta)?

Hvor ofte spiser du grove kornprodukter (som grovbrød, müsli, havregrøt og fullk)	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Sjelden / aldri	1213	5,36	5,36
1-3 ganger per måned	1410	6,23	11,60
1 gang per uke	1672	7,39	18,99
2-3 ganger per uke	3975	17,58	36,57
4-6 ganger per uke	3835	16,96	53,52
1 gang per dag	5899	26,08	79,60
Flere ganger per dag	4613	20,40	100,00
Totalt:	22617	100	

Merk: Spørsmålet ble gitt kun til halve utvalget.

Tabell 45: Røyking: Hender det at du røyker?

Tobakk Hender det at du røyker?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Ja	3586	15,71	15,71
Nei	19240	84,29	100,00
Totalt:	22826	100	

Merk: Spørsmålet ble gitt kun til halve utvalget.

Tabell 46: Hvor ofte røyker du?

Hvor ofte røyker du?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Daglig	1568	43,86	43,86
Av og til	2007	56,14	100,00
Totalt:	3575	100	

Merk: Spørsmålet ble gitt kun til halve utvalget OG blant disse de som svarte «ja» på spørsmålet «Hender det at du røyker».

Tabell 47: Har du røykt tidligere?

Har du røykt tidligere?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Ja, daglig	3982	20,73	20,73
Ja, av og til	3292	17,13	37,86
Nei	11939	62,14	100,00
Totalt:	19213	100	

Merk: Spørsmålet ble gitt kun til halve utvalget OG blant disse de som svarte «ja» på spørsmålet «Hender det at du røyker?».

Tabell 48: Snusbruk: Hender det at du snuser?

Hender det at du snuser?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Ja	4044	17,74	17,74
Nei	18750	82,26	100,00
Totalt:	22794	100	

Merk: Spørsmålet ble gitt kun til halve utvalget.

Tabell 49: Hvor ofte snuser du?

Hvor ofte snuser du?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Daglig	3081	76,36	76,36
Av og til	954	23,64	100,00
Totalt:	4035	100	

Merk: Spørsmålet ble gitt kun til halve utvalget OG blant disse de som svarte «ja» på spørsmålet «Hender det at du snuser?».

Tabell 50: Alkohol og andre rusmidler Har du noen gang drukket alkohol?

Alkohol og andre rusmidler Har du noen gang drukket alkohol?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Ja	19947	87,36	87,36
Nei	2886	12,64	100,00
Totalt:	22833	100	

Merk: Spørsmålet ble gitt kun til halve utvalget.

Tabell 51: I løpet av de siste 12 månedene, hvor ofte har du drukket alkohol?

I løpet av de siste 12 månedene, hvor ofte har du drukket alkohol?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Aldri	1176	5,90	5,90
Månedlig eller sjeldnere	4923	24,69	30,59
2-4 ganger i måneden	7556	37,89	68,48
2-3 ganger i uken	4999	25,07	93,55
4 ganger i uken eller mer	1286	6,45	100,00
Totalt:	19940	100	

Merk: Spørsmålet ble gitt kun til halve utvalget OG blant disse de som svarte «ja» på spørsmålet «Har du noen gang drukket alkohol?».

Tabell 52: Hvor mange alkoholenheter tar du på en 'typisk' dag når du drikker alkohol?

Hvor mange alkoholenheter tar du på en 'typisk' dag når du drikker alkohol?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
1-2	8866	47,34	47,34
3-4	6116	32,66	79,99
5-6	2633	14,06	94,05
7-9	809	4,32	98,37
10 eller flere	305	1,63	100,00
Totalt:	18729	100	

Merk: Spørsmålet ble gitt kun til halve utvalget OG blant disse de som svarte «ja» på spørsmålet «Har du noen gang dukket alkohol?».

Tabell 53: Hvor ofte drikker du seks alkoholenheter eller mer ved én og samme anledning?

Hvor ofte drikker du seks alkoholenheter eller mer ved én og samme anledning?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Aldri	6170	33,02	33,02
Sjeldnere enn månedlig	7678	41,09	74,12
Månedlig	3396	18,18	92,29
Ukentlig	1360	7,28	99,57
Daglig eller nesten daglig	80	0,43	100,00
Totalt:	18684	100	

Merk: Spørsmålet ble gitt kun til halve utvalget OG blant disse de som svarte «ja» på spørsmålet «Har du noen gang dukket alkohol?».

Tabell 54: Når du er inne i boligen din, har du/dere problemer med støy fra naboer eller annen støy utefra, f.eks. fra trafikk, industri eller anlegg?

Når du er inne i boligen din, har du / dere problemer med støy utefra...?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Ja	10373	23,04	23,04
Nei	34651	76,96	100,00
Totalt:	45024	100	

Tabell 55: .. naboer

.. naboer	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Ikke i det hele tatt	3103	30,44	30,44
Litt plaget	4807	47,15	77,59
Ganske mye plaget	1657	16,25	93,84
Veldig mye plaget	628	6,16	100,00
Totalt:	10195	100	

Merk: Spørsmålet ble gitt de som svarte «Ja» på spørsmålet «Når du er inne i boligen din, har du / dere problemer med støy utefra...?»

Tabell 56: .. veitrafikk

.. veitrafikk	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Ikke i det hele tatt	3014	30,26	30,26
Litt plaget	4463	44,81	75,07
Ganske mye plaget	1779	17,86	92,93
Veldig mye plaget	704	7,07	100,00
Totalt:	9960	100	

Merk: Spørsmålet ble gitt de som svarte «Ja» på spørsmålet «Når du er inne i boligen din, har du / dere problemer med støy utefra...?»

Tabell 57: .. skinnegående trafikk (T-bane, trikk, tog)

.. skinnegående trafikk (T-bane, trikk, tog)	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Ikke i det hele tatt	6503	64,83	64,83
Litt plaget	2080	20,74	85,56
Ganske mye plaget	882	8,79	94,36
Veldig mye plaget	566	5,64	100,00
Totalt:	10031	100	

Merk: Spørsmålet ble gitt de som svarte «Ja» på spørsmålet «Når du er inne i boligen din, har du / dere problemer med støy utefra...?»

Tabell 58: .. bygg- og anleggsvirksomhet

.. bygg- og anleggsvirksomhet	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Ikke i det hele tatt	4607	46,69	46,69
Litt plaget	3356	34,01	80,70
Ganske mye plaget	1306	13,24	93,94
Veldig mye plaget	598	6,06	100,00
Totalt:	9867	100	

Merk: Spørsmålet ble gitt de som svarte «Ja» på spørsmålet «Når du er inne i boligen din, har du / dere problemer med støy utefra...?»

Tabell 59: .. industri- og næringsvirksomhet

.. industri- og næringsvirksomhet	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Ikke i det hele tatt	7911	79,67	79,67
Litt plaget	1457	14,67	94,34
Ganske mye plaget	374	3,77	98,11
Veldig mye plaget	188	1,89	100,00
Totalt:	9930	100	

Merk: Spørsmålet ble gitt de som svarte «Ja» på spørsmålet «Når du er inne i boligen din, har du / dere problemer med støy utefra...?»

Tabell 60: .. restauranter og uteliv

.. restauranter og uteliv	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Ikke i det hele tatt	7971	81,15	81,15
Litt plaget	1329	13,53	94,68
Ganske mye plaget	350	3,56	98,24
Veldig mye plaget	173	1,76	100,00
Totalt:	9823	100	

Merk: Spørsmålet ble gitt de som svarte «Ja» på spørsmålet «Når du er inne i boligen din, har du / dere problemer med støy utefra...?»

Tabell 61: .. andre støykilder

.. andre støykilder	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Ikke i det hele tatt	5337	54,63	54,63
Litt plaget	3435	35,16	89,79
Ganske mye plaget	686	7,02	96,82
Veldig mye plaget	311	3,18	100,00
Totalt:	9769	100	

Merk: Spørsmålet ble gitt de som svarte «Ja» på spørsmålet «Når du er inne i boligen din, har du / dere problemer med støy utefra...?»

Tabell 62: Hvordan passer størrelsen på boligen din for deg / dere, synes du den er...

Hvordan passer størrelsen på boligen din for deg / dere, synes du den er...	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Passe stor	33296	73,57	73,57
For liten	9518	21,03	94,60
For stor	2446	5,40	100,00
Totalt:	45260	100	

Tabell 63: Har du, eller har du tidligere hatt, noen av følgende sykdommer eller tilstander? Hjerte- og karsykdom (som hjerteinfarkt, angina og hjerneslag)

Hjerte- og karsykdom (som hjerteinfarkt, angina og hjerneslag)	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Ja	1196	5,38	5,38
Nei	20441	92,04	97,42
Ønsker ikke å svare	164	0,74	98,16
Vet ikke	409	1,84	100,00
Totalt:	22210	100	

Merk: Spørsmålet ble gitt kun til halve utvalget.

Tabell 64: Har du, eller har du tidligere hatt, noen av følgende sykdommer eller tilstander? Diabetes

Diabetes	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Ja	1146	5,20	5,20
Nei	20313	92,21	97,41
Ønsker ikke å svare	89	0,40	97,82
Vet ikke	481	2,18	100,00
Totalt:	22029	100	

Merk: Spørsmålet ble gitt kun til halve utvalget.

Tabell 65: Har du, eller har du tidligere hatt, noen av følgende sykdommer eller tilstander? Kronisk bronkitt, kols eller emfysem

Kronisk bronkitt, kols eller emfysem	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Ja	595	2,70	2,70
Nei	20721	94,03	96,73
Ønsker ikke å svare	113	0,51	97,25
Vet ikke	607	2,75	100,00
Totalt:	22036	100	

Merk: Spørsmålet ble gitt kun til halve utvalget.

Tabell 66: I løpet av de siste 12 månedene, har du hatt behov for hjelp fra tannlege / tannpleier?

I løpet av de siste 12 månedene, har du hatt behov for hjelp fra tannlege / tann	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Ja, og har søkt hjelp	12065	53,70	53,70
Ja, men har ikke søkt hjelp	1897	8,44	62,14
Nei	8135	36,21	98,35
Ønsker ikke å svare	186	0,83	99,18
Vet ikke	184	0,82	100,00
Totalt:	22467	100	

Merk: Spørsmålet ble gitt kun til halve utvalget.

Tabell 67: I løpet av de siste 12 månedene, har du hatt behov for profesjonell hjelp for psykiske plager?

I løpet av de siste 12 månedene, har du hatt behov for profesjonell hjelp for psykiske plager?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Ja, og har søkt hjelp	3900	17,41	17,41
Ja, men har ikke søkt hjelp	2202	9,83	27,24
Nei	15578	69,55	96,80
Ønsker ikke å svare	402	1,79	98,59
Vet ikke	315	1,41	100,00
Totalt:	22397	100	

Merk: Spørsmålet ble gitt kun til halve utvalget.

Utgitt av Folkehelseinstituttet
April 2024
Postboks 222 Skøyen
NO-0213 Oslo
Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra www.fhi.no