

HELSEPROFIL FOR OSLO

VOKSNE

Liv Grøtvedt

Nasjonalt folkehelseinstitutt
Oslo kommune
Program for storbyrettet forskning
Juli 2002

Forord

Storbyhelseprofil med interessante helseindikatorer !

Hvordan står det egentlig til med helsen til oss som bor i Tigerstaden? Er vi friskere enn før? Dette er blant de spørsmål det er forsøkt å gi svar på i Helseundersøkelsen i Oslo, "HUBRO".

Undersøkelsen er et samarbeid mellom Oslo kommune, Universitetet i Oslo og Statens helseundersøkelser, nå en del av Nasjonalt folkehelseinstitutt. Prosjektet om storbyhelseprofilen er delfinansiert av KS- forskning v/ Program for storbyrettet forskning.

Formålet med prosjektet var å:

- Forbedre datagrunnlaget for planlegging av helsetjenester
- Belyse årsaksforholdene til geografiske og sosiale helseforskjeller i byen
- Utvikle et system for befolkningsundersøkelser i storbyer
- Utvikle former for formidling av relevante data til beslutningstakere og publikum
- Gi tilbud om helseundersøkelse til de deltagende personer

Faktaopplysningene som har kommet frem i undersøkelsen har gitt oss ny kunnskap om helse og sykdom i hovedstaden. I tillegg til hovedundersøkelsen er det en rekke tilleggsundersøkelser, som forskere fra ulike miljøer og institusjoner står bak.

Det har vært mangel på helsedata på enkelte områder, men det er også et betydelig "dataoverskudd" på andre områder. Problemstillingen med hensyn til bruk av helsedata/ kunnskap til å informere planleggingsavgjørelser er således ikke bare å skaffe nye data/ kunnskap, men å sortere, analysere og formidle eksisterende data/kunnskap. Det innsamlede og bearbeidede materialet har gitt ny informasjon som kan gi bedre grunnlag for den kommunale helseplanleggingen. Helsedataene for byen samlet og bydelene er nå lett tilgjengelig for hele byens befolkning.

I middelalderen var det ofte vitaminmangel og dårlig kosthold som førte til sykdom i Oslo. Dette er fremdeles tilfelle i enkelte miljøer. Og det er fortsatt store helseforskjeller mellom øst og vest. Helseforskjellene mellom bydelene i Oslo er større enn mellom kommunene i Norge.

Denne helseprofilen kan være nyttig for planlegging av innholdet i helsetjenesten. For helsetjenesten i Oslo kan bli bedre. Men vi har alle også et personlig ansvar. Det viser blant annet livsstilssykdommene.

Storbyhelseprofilen har gjennom sitt materiale gitt grunnlaget for en lettfattelig og oversiktlig måte å presentere data på. Innholdet har kvalitet og er lett tilgjengelig.

Jeg oppfordrer politikere og andre interesserte til å gå gjennom denne helseprofilen for Oslo kommune med kritisk øyne. For det fremlagte materialet kan vi som osloborgere ikke stille oss likegyldige til. I en tid hvor helse nærmest har blitt "frelse," er det kanskje viktigere enn noensinne å sette søkelys på de ulike helseindikatorer helseprofilen legger frem.

Ellen Chr. Christiansen
Byråd for helse og barnevern

Innhold

Bakgrunn	6
Innledning	6
Datagrunnlag	7
Skjevhet og frafall i HUBRO	9
Forventet levealder	11
Hjerte- og karsykdommer	13
Selvrapportert hjerteinfarkt og slag	13
Dødelighet av hjerte- og karsykdommer	17
Dødelighet av hjerteinfarkt og hjerneslag	18
Kreft	20
Nye tilfeller av kreft	20
Overlevelse av noen kreftformer i regionene	21
Dødelighet av kreft	24
Dødelighet av lungekreft	25
Ulykker og skader	27
Dødelighet av ulykker	27
Selvmord	28
Dødelighet av medikamentmisbruk/ overdoser	30
Skader behandlet ved Oslo legevakt	31
Infeksjonssykdommer	32
Mage- og tarminfeksjoner	32
Seksuelt overførbare sykdommer	34
Infeksjoner som smitter via dråper og nærkontakt	35
Selvrapportert helse/sykdom	36
Vurdering av egen helse	36
Astma	40
Diabetes	43
Muskel- og skjelettplager	46
Psykisk helse	49
Bruk av helsetjenester	54
Psykolog/ psykiater	54
Bruk av legetjenester	55
Tilfredshet med legen	58
Feltpleien – lavterskel poliklinisk helsetilbud for rusmiddelmisbrukere	61
Bruk av tannlege	63
Risikofaktorer	65
Blodtrykk	65
Kolesterol	66
Overvekt og fedme	67
Daglig røyking	70
Fysisk aktiv eller inaktiv?	73
Bidragstere	77
Referanser	79

Bakgrunn

Innledning

Helse og levekår har gjentatte ganger vært tema for rapporter og utredninger om Oslo (Gjestland og Moen 1988, Hagen m.fl. 1994, Kristofersen og Borgan 1989, Barstad 1997). Betydelige geografiske og sosiale ulikheter i helseforhold innen Oslo framheves i alle disse publikasjonene. Den siste større utredningen, "Oslohelsa", ble utgitt av Ullevål sykehus og Oslo kommune (Rognerud og Stensvold 1998).

Det ble i 1999 innledet et samarbeid mellom Oslo kommune og tidligere Statens helseundersøkelser, nå en del av Nasjonalt folkehelseinstitutt, for utarbeidelse av en storbyhelseprofil. Kontrakt ble underskrevet 19.06.2000, og prosjektleder startet arbeidet senere samme år. Det ble innledet et samarbeid med Oslo kommune om utarbeidelse av en profil eller et sett av helseindikatorer, basert på data fra Helseundersøkelsen i bydeler og regioner i Oslo (HUBRO) og andre datakilder. Kommunen ønsket helseindikatorer som kunne belyse:

- behov for helsetjenester: Demografi, risikofaktorer, sykdomsforekomst, subjektiv sykdomsopplevelse, funksjonsnedsettelse
- tilbud av helsetjenester: 1. linjetjenester, kvalitet, kvantitet, fordeling m.v.
- etterspørsel etter helsetjenester: Forbruk av 1. og 2. linje, legetjenester, fysioterapi, rehabilitering, pleie m.v. ventetid, subjektiv behovsvurdering m.m.

Noen temaer, som tilbud av helsetjenester, er allerede i stor grad belyst gjennom andre statistikkssystemer (Styrings- og informasjonshjulet, KOSTRA) i Statistisk sentralbyrå. I foreliggende "Helseprofil for Oslo" har vi i liten grad tatt inn data som blir publisert andre steder. Ved å kombinere en del av indikatorene fra Helseprofil for Oslo med eksisterende systemer for helsestatistikk, kan det utvikles et instrument med færre indikatorer. For en del mer stabile helseindikatorer vil det sannsynligvis være tilstrekkelig å innhente data med flere års mellomrom.

Sykdomsforekomst, subjektiv sykdomsopplevelse og bruken av helsetjenester er vektlagt i "Helseprofil for Oslo". Det er også lagt vekt på å belyse geografiske og sosiale forskjeller i helseforhold innen Oslo. Vi håper at rapportene vil være et hjelpemiddel til kunnskapsbasert styring og planlegging av helsetjenester og forebyggende innsats i kommunen.

Helseprofil for Oslo er tredelt, med en rapport for barn og unge, en for yngre voksne og middelaldrende og en for eldre. Inndelingen i aldersgrupper er tilpasset arbeidsområdene innen helseforvaltningen og vil forhåpentligvis gjøre det lettere å finne raskt fram til det man leter etter.

Datagrunnlag

Heftet inneholder både registerdata, som overlevelse av kreft og dødelighet av forskjellige sykdommer, samt data fra Helseundersøkelsen i bydeler og regioner i Oslo, HUBRO. Datakildene er beskrevet under de enkelte temaer der dette synes nødvendig. Datakilden HUBRO beskrives her mer i detalj.

Kildehenvisninger er gitt under tabeller og figurer.

Hoved-HUBRO omfatter alle som var bosatt i Oslo per 03.03.2000, og som var født i 1924, 1925, 1940, 1941, 1955, 1960 og 1970. Totalt utgjorde dette 41 353 personer. Årskullene 1924 og 1941 ble tatt med fordi de tilstøtende årskullene (1925 og 1940) var små. For enkelthets skyld omtales årskullene i det videre ofte som 30-åring, 40-åring og 60-åring.

Tabell o viser antall kvinner og menn i de ulike grupper og inndelinger som vi bruker i dette heftet. Antall svarpersoner vil likevel variere noe i de enkelte tabeller fordi antallet som har svart på de enkelte spørsmål ikke alltid er det samme. Av hensyn til oversiktighet og forenkling velger vi å presentere presenter, uten å oppgi de absolutte tallene i hver tabell.

Tabell o: Oversikt over antall deltakere i HUBRO 2000-2001

	30 år				40 + 45 år				59-60 år			
	Kvinner		Menn		Kvinner		Menn		Kvinner		Menn	
	antall	%	antall	%	antall	%	antall	%	antall	%	antall	%
Alle	2283		1824		3660		2936		2355		2114	
Regioner i Oslo												
Ytre vest	385	18	251	15	1095	31	712	26	709	31	608	30
Indre vest	407	19	331	19	316	9	288	10	312	14	259	13
Indre øst	506	24	480	28	404	12	395	14	196	9	218	11
Ytre øst	812	38	657	38	1684	48	1389	50	1058	47	951	47
Total bydels- plassert	2110	100	1719	100	3499	100	2784	100	2275	100	2036	100
Utdanning												
Grunnskole (t.o.m. 9 år)	130	6	88	5	263	7	242	8	556	24	462	22
Videregående (10-12 år)	299	13	297	17	920	26	754	26	777	34	532	26
Universitet/ høyskole (13 år eller mer)	1806	81	1408	79	2374	67	1867	65	961	42	1066	52
Total utdanning	2235	100	1793	100	3557	100	2863	100	2294	100	2060	100
Yrkesaktivitet												
Ikke inntekts- givende	350	16	120	7	560	16	290	10	654	28	425	20
Deltid	273	12	111	6	783	22	130	5	487	21	156	8
Heltid	1614	72	1573	87	2255	63	2456	85	1181	51	1493	72
Total yrkes- aktivitet	2237	100	1804	100	3598	100	2876	100	2322	100	2074	100
Sivil status												
Bor med ektefelle/ samboer	1455	88	1113	90	2509	87	2102	95	1438	95	1600	98
Enslig, evt. med barn	197	12	118	10	373	13	110	5	78	5	38	2
Total sivilstatus	1652	100	1231	100	2882	100	2213	100	1516	100	1639	100
Fødeland												
Norge	1755	78	1463	82	2692	79	2066	75	1771	88	1572	85
Vestlige land	169	8	104	6	220	6	148	5	135	7	114	6
Ikke-vestlige land	327	15	226	13	492	14	553	20	112	6	159	9
Total fødeland	2251	100	1793	100	3404	100	2767	100	2018	100	1845	100

Tallene for 75-76-åring presenteres i Helseprofil for Oslo: Eldreheftet.

Innvandrere er en som har et annet **fødeland** enn Norge. I mange tabeller brukes den grove inndelingen Norge, vestlig og ikke-vestlig fødeland.

"Vestlig" fødeland:

- Vest-Europa (nordiske land, Belgia, Frankrike, Hellas, Irland, Italia, Nederland, Portugal, Spania, Storbritannia, Sveits, Østerrike, Kypros, Israel)
- Nord-Amerika
- Australia

"Ikke-vestlig" fødeland:

- Øst-Europa
- Nord-Afrika
- Sub-Sahara Afrika
- Midtøsten
- Indiske subkontinent
- Øst-Asia
- Stillehavet
- Mellom-Amerika
- Sør-Amerika

Gruppen "ikke-vestlig" er en stor gruppe med vidt forskjellige land, og man vet at både levevaner og helse varierer sterkt mellom de landene som inngår i gruppen. Sekkeposten fødeland ikke-vestlig brukes under tvil. Ved forsøk på å splitte opp noe mer, blir gruppene ofte for små.

Sivilstatus deles her inn etter om deltakerne bor sammen med ektefelle/samboer eller ikke. I den ene gruppen er de som har krysset av for at de bor sammen med ektefelle/samboer. Gruppen enslige er da alle de andre, som enten bor alene eller sammen med barn eller andre personer.

Gruppering av **utdanning** i tre grupper baserer seg på et spørsmål i spørreskjemaet: "Hvor mange års skolegang/utdanning har du gjennomført totalt?" Vi har kalt 1-9 års utdanning for grunnskole, 10-12 år for videregående og 13 år eller mer for universitet eller høyskole.

Bydelene ble gruppert på samme måte som i Oslohelset: Utredningen om helse, miljø og sosial ulikhet i bydelene (Rognerud og Stensvold 1998):

Ytre vest:

- 7 Ekeberg-Bekkelaget
- 8 Nordstrand
- 21 Grefsen-Kjelsås
- 22 Sogn
- 23 Vinderen
- 24 Røa
- 25 Ullern
- 27 Marka

Indre vest

- 1 Bygdøy-Frogner
- 2 Uranienborg-Majorstua
- 3 St. Hanshaugen-Ullevål
- 26 Sentrum

Indre øst

- 4 Sagene-Torshov
- 5 Grünerløkka-Sofienberg
- 6 Gamle Oslo

Ytre øst

- 9 Søndre Nordstrand
- 10 Lambertseter
- 11 Bøler
- 12 Manglerud
- 13 Østensjø
- 14 Helsfyr-Sinsen
- 15 Hellerud
- 16 Furuset
- 17 Stovner
- 18 Romsås
- 19 Grorud
- 20 Bjerke

Noen steder i heftet, der vi mener at behovet er størst, er spørsmålsformuleringen tatt med.

Vi henviser ellers til <http://www.fhi.no/tema/helseundersokelse/oslo/> for nøyaktig utforming av spørreskjemaene.

Skjevhet og frafall i HUBRO

Intervjuundersøkelser basert på frivillig deltakelse har alltid et visst frafall i utvalget av intervjuede personer pga. av nektning eller manglende oppmøte, som ved sykdom, fravær på grunn av arbeid og ferie m.v. De som ikke svarer er som regel forskjellige fra dem som svarer på en systematisk måte og dette danner skjevhet i resultatene. Derfor skaper frafall problemer for vurdering og anvendelse av resultater i en totalpopulasjon. Når dataene hentes inn fra administrasjonen, slik at alle er inkludert, for eksempel sykehusinnleggelser, barneverntiltak osv., har man ikke dette problemet.

Svarprosent i utvalgsundersøkelser har sunket over tid. I Helseundersøkelsen 1975 var det 89% av utvalget som svarte, mens den gikk ned til 75% i Helseundersøkelsen 1995. Begge ble gjennomført av Statistisk sentralbyrå. I undersøkelsen "Norgesprofilen 2000" (utført av Nettverket for helse- og miljøkommuner), hvor 15-79-åringer fikk spørreskjema tilsendt, var svarprosenten enda lavere, 46%. I bydelen Søndre Nordstrand, den eneste bydelen fra Oslo som var med i undersøkelsen, svarte 38%.

HUBRO føyer seg inn i en tradisjon for store helseundersøkelser som har vært gjennomført i flere norske fylker siden 1974. Svarprosent i HUBRO var på 46% for undersøkelsen totalt sett for alle aldersgruppene. Svarprosent på Søndre Nordstrand var 48%. Ellers hadde bydelene Nordstrand, Manglerud og Østensjø høyest svarprosent med 54% og bydelene Uranienborg-Majorstua, Sagene-Torshov og Grünerløkka-Sofienberg lavest med 39%.

Analyse av frafall kan knyttes til enkelte kjennemerker, som alder, kjønn eller utdanning. Svarprosenten var lavest for 30-åringer (36%) og høyest for 59-60-åringer (55%). Blant 40 og 45-åringer hadde 52% av kvinnene og 39% av mennene deltatt. Kvinner hadde i gjennomsnitt høyere frammøte enn menn, alt i alt var deltakerprosenten 49% for kvinner og 42% for menn.

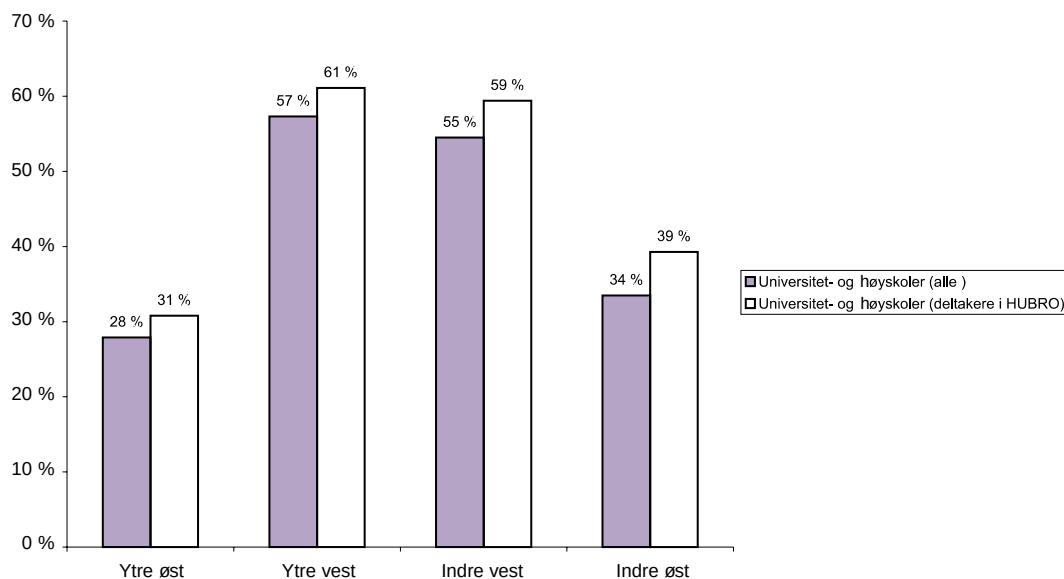
Blant personer med fødeland Norge deltok 46% av de inviterte, blant innvandrere fra vestlige land deltok 42% og blant innvandrere fra ikke-vestlige land 39%.

Det ble foretatt purring 2 ganger, første gang til Olafiagangen på Grønland der hovedundersøkelsen ble

gjort. Andre gang ble purringen delt i to etter hvilken bydel man tilhørte, og de inviterte fra ytre bydeler fikk tilbud om å møte opp i busser som ble parkert 1-2 dager i de forskjellige bydelene. Det ble tilbudt språkhjelp til utfylling av spørreskjemaet i forbindelse med 2. purrerunde – ved frammøte i Olafiangangen. Det ble gjennomført en ringerunde i bydelene Furuset og Nordstrand før siste purre-runde, der det ble spurt om man ønsket en ny invitasjon.

Utdanningsdata fra Statistisk sentralbyrå ble kolbet til HUBRO-data, slik at man kunne sammenligne utdanningsnivå hos dem som deltok i undersøkelsen med utdanningsnivå hos dem som ikke deltok. Utdanning ble delt i tre kategorier etter høyeste fullførte utdanning: Grunnskoleutdanning, videregående utdanning og høyskole/universitetsutdanning. Sammenligningen viser at de med universitets- og høyskoleutdanning var noe overrepresentert blant HUBRO-deltakere, sammenlignet med hele årskullet av inviterte (populasjonen av 30-, 40-, 45-åringer osv. bosatt i Oslo i år 2000). Figur 1 viser data for alderen 40 og 45 år. Samme tendens gjelder for begge kjønn, i alle aldersgrupper og i alle regioner i Oslo. Forskjellene i utdanningsnivå mellom deltakerne og alle i årskullet var noe større for 75-76-åringer og 30-åringer. Dette betyr at bildet for slike helse- og risikofaktorer som har sammenheng med utdanningsnivå, delvis vil kunne bli påvirket. I den grad dette fører til skjevhet i resultatene, vil det være i retning av at undersøkelsen indikerer noe bedre helseforhold i Oslo enn det man hadde fått hvis alle inviterte hadde møtt.

Figur 1: Andel kvinner og menn på 40 og 45 år med universitet- og høyskoleutdanning i regionene i Oslo. Deltakere i HUBRO sammenlignet med alle som tilhørte de aktuelle årskullene



Kilde: Statistisk sentralbyrå og HUBRO

Usikkerhet:

I alle statistiske analyser forekommer to typer feil: Tilfeldige feil som skyldes at vi har et begrenset antall personer med i undersøkelsene våre og systematiske skjevheter som kan oppstå ved at de fremmøtte skiller seg fra de ikke fremmøtte. For hver tabell som presenteres fra HUBRO, er det undersøkt om forskjellene er statistisk signifikante, og dette er angitt ved p-verdier. En liten p-verdi betyr at vi med

stor sikkerhet kan si at det er en reell forskjell, at de observerte forskjellene ikke bare skyldes tilfeldigheter. p-verdien sier derimot ingenting om systematiske skjevheter.

For å beregne p-verdier er kji-kvadrattesten benyttet.

ns: ikke statistisk signifikant

* $0,01 < p \leq 0,05$

** $0,001 < p \leq 0,01$

*** $p \leq 0,001$

HUBRO-resultater blir i rapporten som regel presentert som hele prosenter, uten desimaler. Tall fra slike undersøkelser er alltid beheftet med en viss usikkerhet, og angivelse av desimaler gir dermed liten mening.

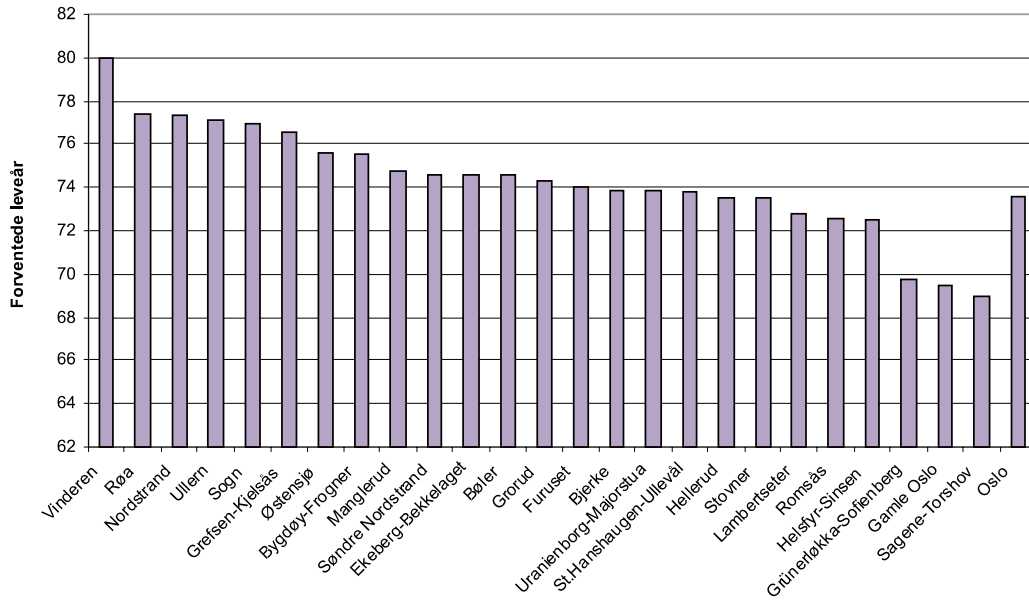
Forventet levealder

Siden første del av 1990-tallet har forventet levealder for nyfødte gutter i Oslo økt med 1,4 år og for jenter med 0,8 år. Forventet levealder økte mer i Oslo enn i hele landet. Det var store forskjeller mellom bydelene for perioden 1993-97. Forskjellene var størst for menn, fra 69 år på Sagene-Torshov til 80 år på Vinderen. For kvinner varierte forventet levealder fra 76 år på Sagene-Torshov til 83,5 år på Vinderen.

Forventet levealder i Oslo var på 74,5 år for nyfødte gutter og 80,2 år for nyfødte jenter i perioden 1996-2000. Forventet levealder i Oslo hadde økt med 1,4 år for menn og 0,8 år for kvinner fra første del av 1990-tallet. Forventet levealder for hele landet i perioden 1996-2000 var 75,5 år for menn og 81,1 år for kvinner (Statistisk sentralbyrå 2002 a). Hele landet hadde en økning på 1,1 år for menn og 0,7 år for kvinner fra forrige periode. Forventet levealder økte altså mer i Oslo enn i hele landet og mer for menn enn for kvinner.

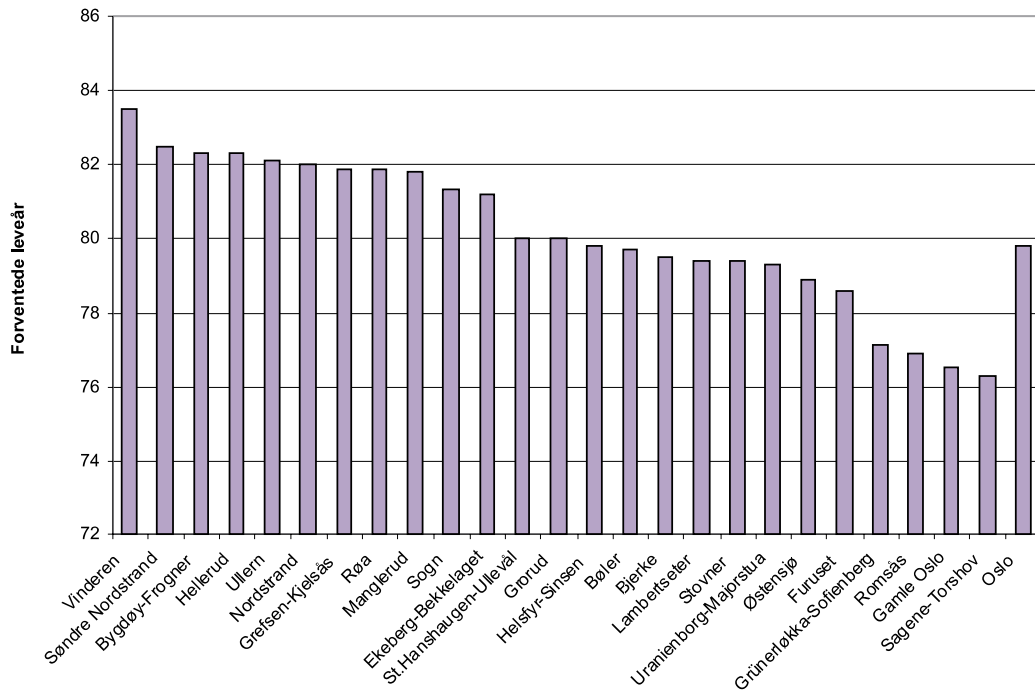
For årene etter 1997 har det ikke blitt publisert tall for kommuner og bydeler. Forventet levealder i Oslo for årene 1993-97 var på 73,6 år for nyfødte gutter og 79,8 år for jenter. Forventet levealder varierte mellom bydelene, og forskjellene var større for menn enn for kvinner. Forventet levealder for menn var på 69 år i bydel Sagene-Torshov, og knapt 70 år på Grünerløkka-Sofienberg og i Gamle Oslo. På Vinderen var forventet levealder for menn på 80 år og på Røa og Nordstrand på vel 77 år. For kvinner varierte forventet levealder i denne 5-årsperioden mellom vel 76 år på Sagene-Torshov og 83,5 år på Vinderen. Forventet levealder fordelt på bydeler for årene etter 1997 har ikke blitt publisert av Statistisk sentralbyrå.

Figur 2: Forventet levealder for menn i Oslo 1993-97



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 3: Forventet levealder for kvinner i Oslo 1993-97



Kilde: Statistisk sentralbyrå

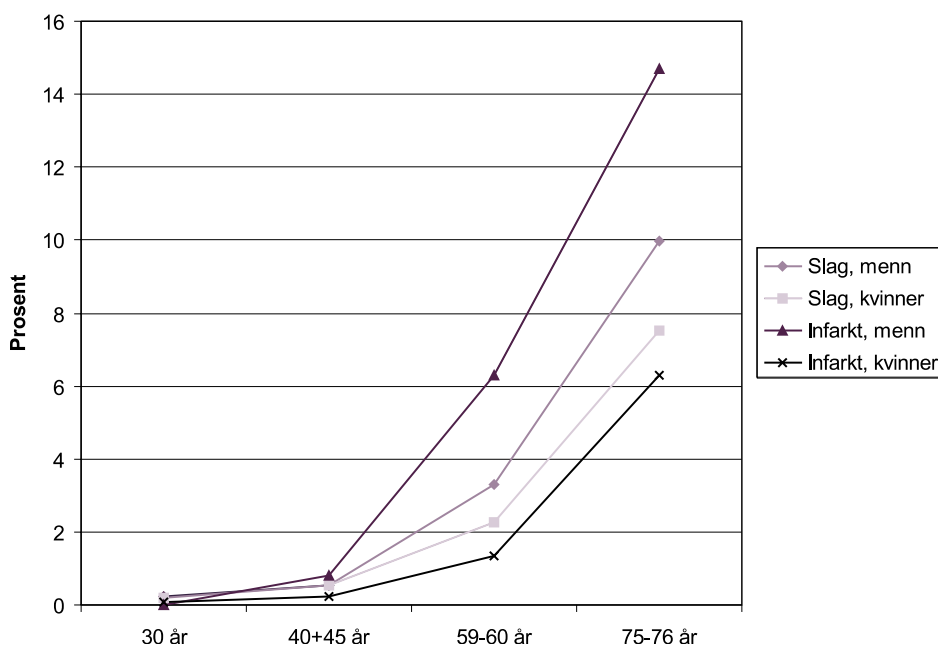
Hjerte- og karsykdommer

Selvrapportert hjerteinfarkt og slag

Helseundersøkelsen i Oslo viste at menn oftere hadde hatt både hjerteinfarkt og hjerneslag enn kvinner. Blant menn i 60-årsalderen var det litt vanligere å få hjerteinfarkt i østlige regioner enn i vestlige, og hjerteinfarkt var mer utbredt blant kvinner og menn med grunnskoleutdanning enn blant dem med universitet/ høyskole. For dem som hadde hatt hjerteinfarkt eller hjerneslag var det en høyere andel ikke yrkesaktive eller deltidsarbeidende.

Det ble sjelden rapportert om hjerneslag og hjerteinfarkt i ung alder, mens forekomsten var økende i de to eldste aldersgruppene i Helseundersøkelsen i Oslo (fig. 4). Menn ble noe oftere rammet av hjerteinfarkt enn av slag, mens det var motsatt for kvinner. Figuren viser også større kjønnsforskjeller for hjerteinfarkt enn for hjerneslag (også kalt hjerneblødning og ”drypp” i spørreskjemaet). Blant 59-60-åringene hadde 6% av mennene og 1% av kvinnene hatt hjerteinfarkt, mens 3% menn og 2% kvinner hadde hatt hjerneslag.

Figur 4: Andel personer som har hatt hjerneslag og hjerteinfarkt. Oslo 2000-2001. Prosent

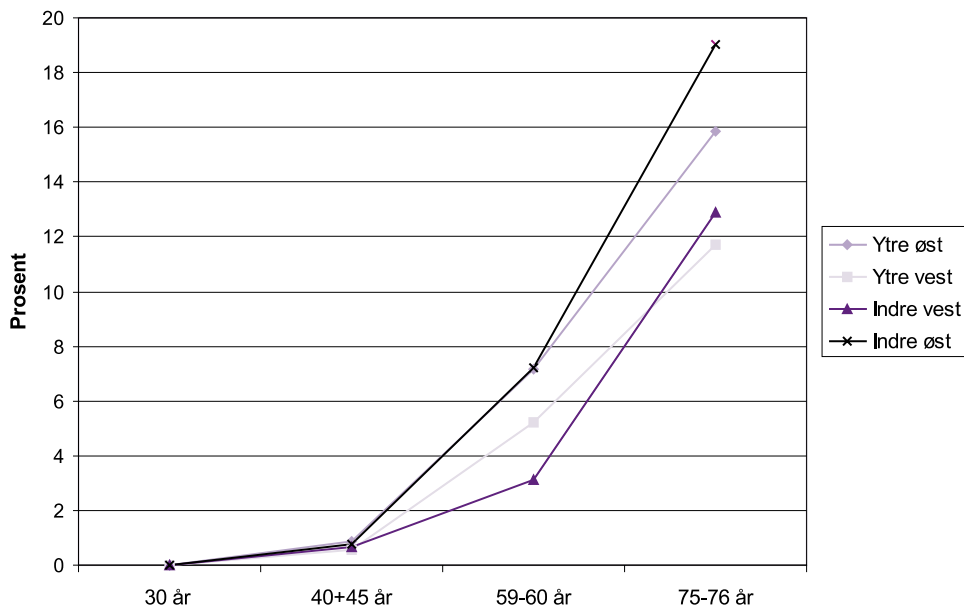


Kilde: HUBRO

For utbredelsen av **hjerteinfarkt** i bydeler og regioner fant vi som for hjerneslag bare små forskjeller, men med tendenser til noe høyere hyppighet i øst enn i vest, spesielt for menn (fig. 5-6). Hjerteinfarkt var mer utbredt blant kvinner og menn med grunnskole enn blant dem med høyskole/universitet. På

samme måte som for slag var en del av dem som hadde hatt hjerteinfarkt utenfor arbeidslivet. Blant mannlige 60-åringene som jobbet deltid var det imidlertid 9% som hadde hatt hjerteinfarkt, blant heltidsarbeidende i samme alder hadde 4% hatt hjerteinfarkt (tab. 1). Det var en høyere andel som hadde hatt hjerteinfarkt blant ikke-vestlige innvandrere enn blant norskfødte.

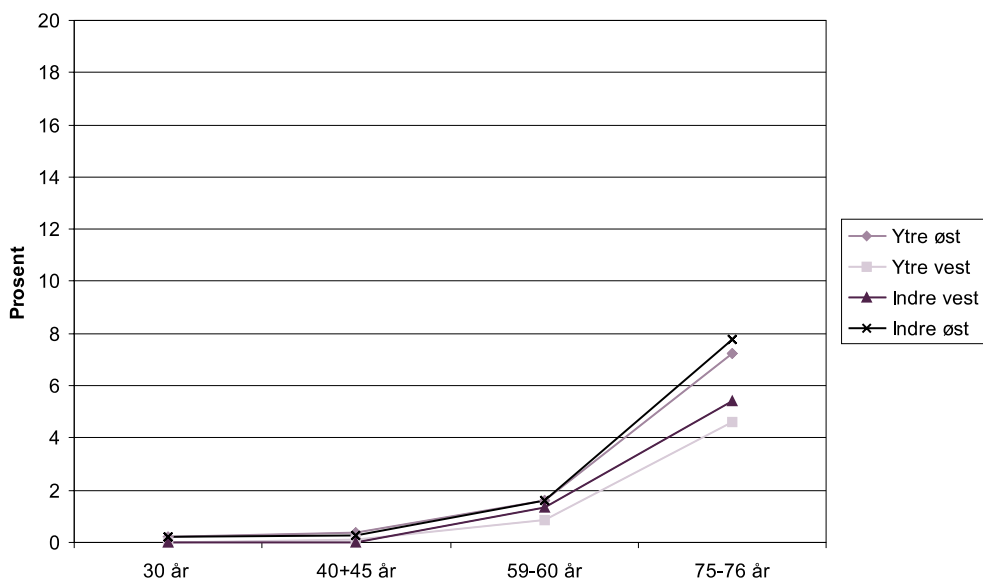
Figur 5: Andel menn som har hatt hjerteinfarkt. Oslo 2000-2001. Prosent



Forskjellene er signifikante for menn 59-60 år (*)

Kilde: HUBRO

Figur 6: Andel kvinner som har hatt hjerteinfarkt. Oslo 2000-2001. Prosent



Forskjellene er ikke signifikante

Kilde: HUBRO

Tabell 1: Andel personer som har hatt hjerteinfarkt. Oslo 2000-2001. Prosent

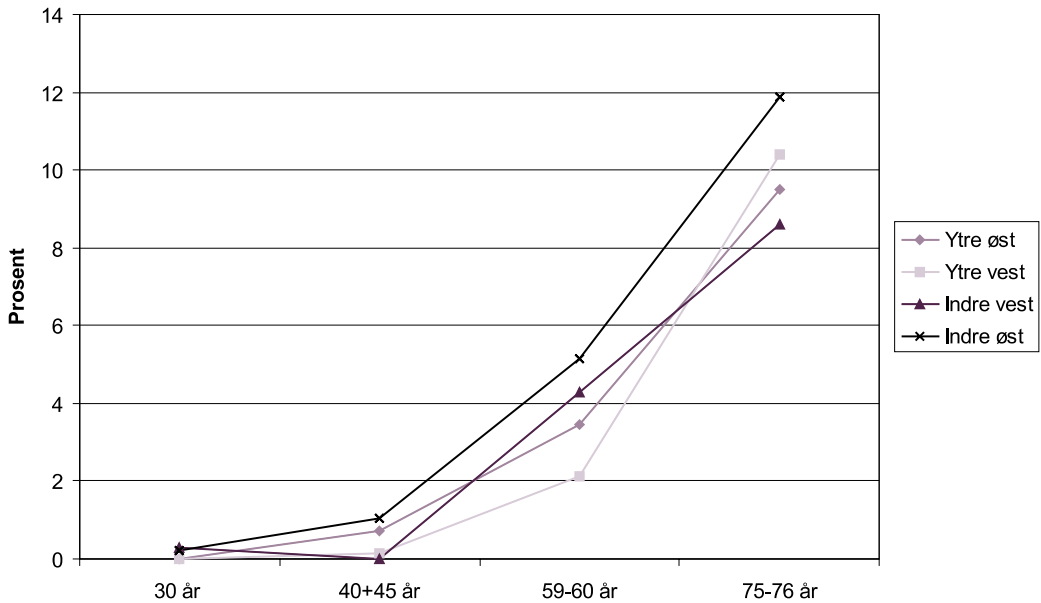
	40 + 45 år		59-60 år	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
Alle	0	1	1	6
Utdanning				
Grunnskole	0	2	2	9
Videregående	1	0	1	6
Universitet/ høyskole	0	1	1	5
sign.	*	*	*	*
Yrkesaktivitet				
Ikke i inntektsgivende arbeid	0	3	3	13
Arbeider deltid	0	1	1	9
Arbeider fulltid	0	0	1	4
sign.	ns	***	***	***
Sivil status				
Bor sammen med ektefelle/ samboer	0	1	1	6
Bor ikke sammen med ektefelle/samboer	1	0	1	8
sign.	ns	ns	ns	ns
Fødeland				
Norge	0	0	1	6
Vest-Europa, Nord-Amerika eller Australia	0	0	1	8
"Ikke-vestlig"	1	2	6	11
sign.	ns	**	***	*

Tabellen gir ikke tall for 30-åringer, fordi forekomsten av hjerteinfarkt er svært lav.

Kilde: HUBRO

Det var bare små forskjeller i andel personer som hadde hatt **hjerneslag/hjerneblødning** mellom bydeler og regioner i Oslo, men en tendens til høyere andeler i Indre øst (fig. 7-8). Det var ikke noe tydelig mønster for forskjeller mellom utdanningsgrupper. En god del av de slagrammede jobbet deltid eller var ute av arbeidslivet. Det var ingen forskjeller i forekomsten av hjerneslag ved inndeling i ekteskapelig status eller fødeland (tab. 2).

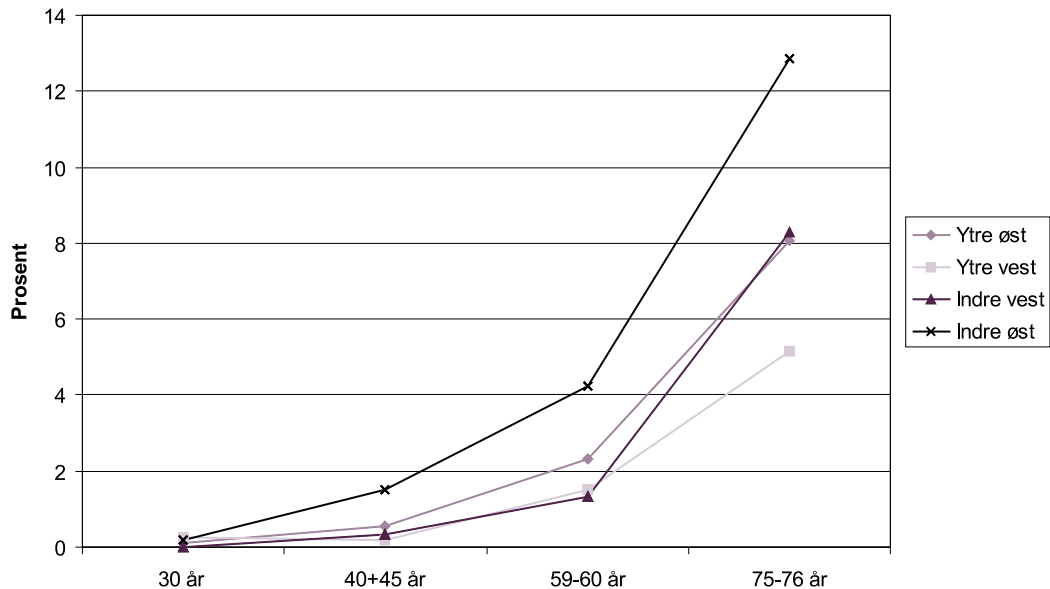
Figur 7: Andel menn som har hatt hjerneslag. Oslo 2000-2001. Prosent



Forskjellene er ikke signifikante

Kilde: HUBRO

Figur 8: Andel kvinner som har hatt hjerneslag. Oslo 2000-2001. Prosent



Forskjellene er signifikante for aldersgruppene 40+45 år (*) og 75-76 år (**), men ikke for 30 og 59-60 år.

Kilde: HUBRO

Tabell 2: Andel personer som har hatt hjerneslag/ hjerneblødning. Oslo 2000-2001. Prosent

	40 + 45 år		59-60 år	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
Alle	1	1	2	3
Utdanning				
Grunnskole	2	2	3	4
Videregående	1	1	2	3
Universitet/ høyskole	0	0	2	3
sign.	*	*	ns	ns
Yrkesaktivitet				
Ikke i inntektsgivende arbeid	2	3	4	7
Arbeider deltid	0	2	2	8
Arbeider fulltid	0	0	1	2
sign.	***	***	***	***
Sivil status				
Bor sammen med ektefelle/ samboer	0	0	2	3
Bor ikke sammen med ektefelle/samboer	1	1	1	5
sign.	ns	ns	ns	ns
Fødeland				
Norge	0	0	2	3
Vest-Europa, Nord-Amerika eller Australia	0	0	3	5
"Ikke-vestlig"	1	1	3	2
sign.	*	ns	ns	ns

Tabellen gir ikke tall for 30-åringer, fordi forekomst av hjerneslag er svært lav.

Kilde: HUBRO

Dødelighet av hjerte- og karsykdommer

Dødelighet av hjerte- og karsykdommer samlet var litt lavere for Oslo enn for landet som helhet. Det var store geografiske forskjeller innen Oslo, med høyere dødelighet av hjerte- og karsykdommer i øst enn i vest.

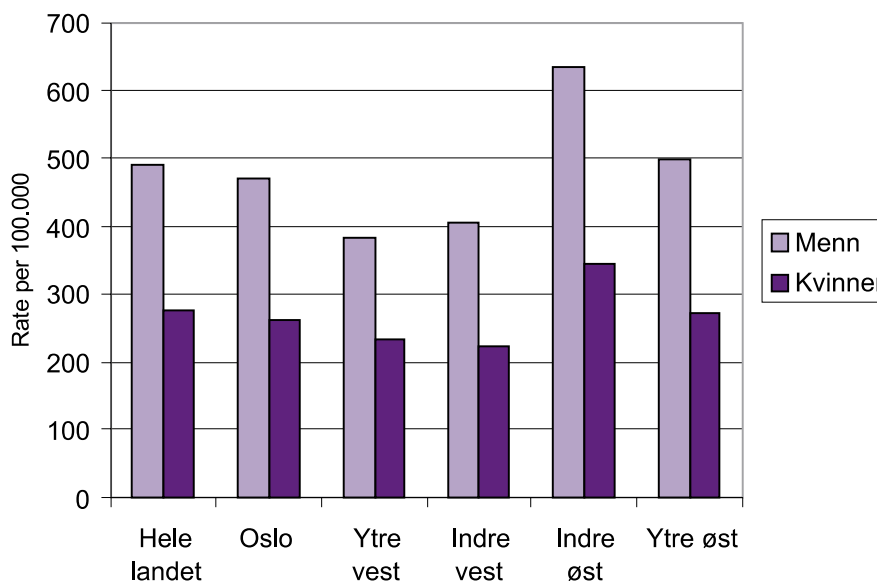
Hjerte- og karsykdommer er en stor gruppe av sykdommer, som bl.a. omfatter hypertensjon (høyt blodtrykk), iskemiske hjertesykdommer som angina og hjerteinfarkt, lungeemboli, hjerneblødning eller andre karsykdommer i hjernen, arteriosklerose, emboli eller trombose i arterier eller vener.

I Oslo lå dødeligheten av hjerte- og karsykdommer i underkant av ratene for hele landet. I perioden 1994-98 var raten for menn i hele Norge 490 per 100 000 og for menn i Oslo 469 per 100 000. For kvinner var tilsvarende tall 274 for landet og 262 for Oslo per 100 000. Tallene gjelder for alle aldersgrupper samlet.

Dødelighet av hjerte- og karsykdommer var markant høyere i østlige enn i vestlige regioner i Oslo (fig. 9). Relativ overdødelighet i Indre øst i forhold til Ytre vest var vel 1,6 for menn og 1,5 for kvinner. I 1990-

94 var overdødelighet av hjerte- og karsykdommer i Indre øst i forhold til Ytre vest rundt 2 både for kvinner og menn i alderen 20-74 år (Rognerud m.fl. 1998). Det er i store trekk samsvar mellom regionsforskjellene i sykkelighet av hjerte- og karsykdommer (se figurene 5 - 8) og det vi finner for dødelighet. Regioner der en høy andel personer har hatt hjerteinfarkt eller hjerneslag har også høyere dødelighet.

Figur 9: Dødelighet av hjerte- og karsykdommer 1994-98. Aldersjusterte rater per 100 000 innbyggere



Kilde: Statistisk sentralbyrå 2001

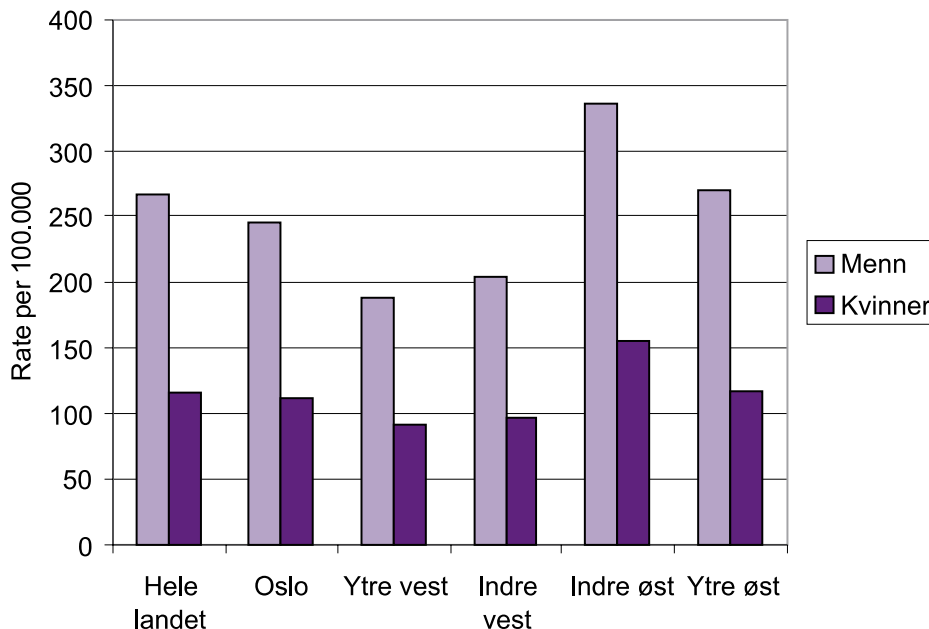
Dødelighet av hjerteinfarkt og hjerneslag

Både for hjerteinfarkt og hjerneslag var det høyere dødelighet i østlige enn i vestlige regioner. På samme måte som for selvrapportert sykdom, var kjønnsforskjellene i dødelighet av hjerteinfarkt større enn for dødelighet av hjerneslag.

I sykdomsgruppen "hjerte- og karsykdommer" er hjerteinfarkt den største undergruppen og slag den nest største. Dødeligheten av **hjerteinfarkt** i Oslo var litt lavere enn landsgjennomsnittet. Forskjellen var tydeligst for menn med ratene 267 (hele landet) og 244 (Oslo) per 100 000 innbyggere (aldersstandardisert).

Det var betydelige forskjeller mellom regionene, og dødelighet av hjerteinfarkt var høyest i Indre øst og lavest i Ytre vest for både menn og kvinner. Relativ overdødelighet i Indre øst i forhold til Ytre vest var 1,8 for menn og 1,7 for kvinner (fig. 10).

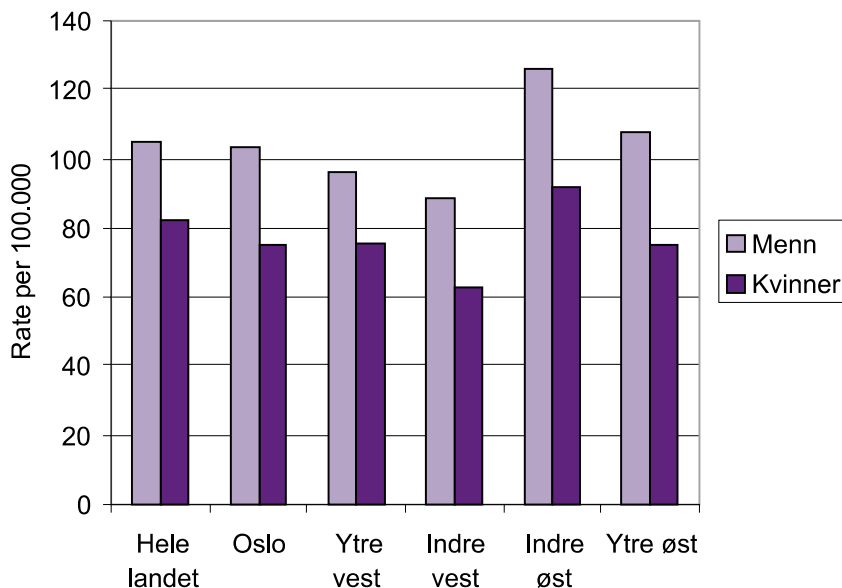
Figur 10: Dødelighet av hjerteinfarkt 1994-98. Aldersjusterte rater per 100 000 innbyggere



Kilde: Statistisk sentralbyrå 2001

Blant menn var det liten forskjell i dødelighet (rate) av **hjerneslag** i Oslo og landet som helhet, mens dødeligheten for kvinner i Oslo var litt lavere enn landstallene (hhv. 75 og 82 per 100 000). Det var høyest dødelighet av hjerneslag i Indre øst og lavest i Indre vest både for kvinner og menn, med en relativ overdødelighet på 1,4-1,5 i Indre øst (fig. 11).

Figur 11: Dødelighet av hjerneslag 1994-98. Aldersjusterte rater per 100 000 innbyggere



Kilde: Statistisk sentralbyrå 2001

Kreft

Nye tilfeller av kreft

Overhyppigheten av kreft blant menn i Oslo i forhold til hele landet synker. Krefthyppigheten blant menn i Oslo hadde ikke økt fra 1990-94 til 1995-98. Krefthyppigheten i Norge var høyere i 1995-98 enn i 1990-1994 for begge kjønn.

Det var høyere krefthyppighet i Oslo enn i landet som helhet. I perioden 1995-98 var hyppigheten av kreft blant menn i Oslo 4% høyere enn landsgjennomsnittet, for kvinner 14% høyere. Det er også tidligere rapportert høyere krefthyppighet i Oslo enn for landet som helhet, men overhyppigheten i Oslo var lavere på begynnelsen av 90-tallet enn på slutten av 70-tallet (Stensvold og Glatre 1998). Overhyppigheten av kreft blant menn i Oslo i forhold til landet hadde sunket videre og var lavest i perioden 1995-98. Ratene for nye krefttilfeller i tre perioder er vist i tabell 3.

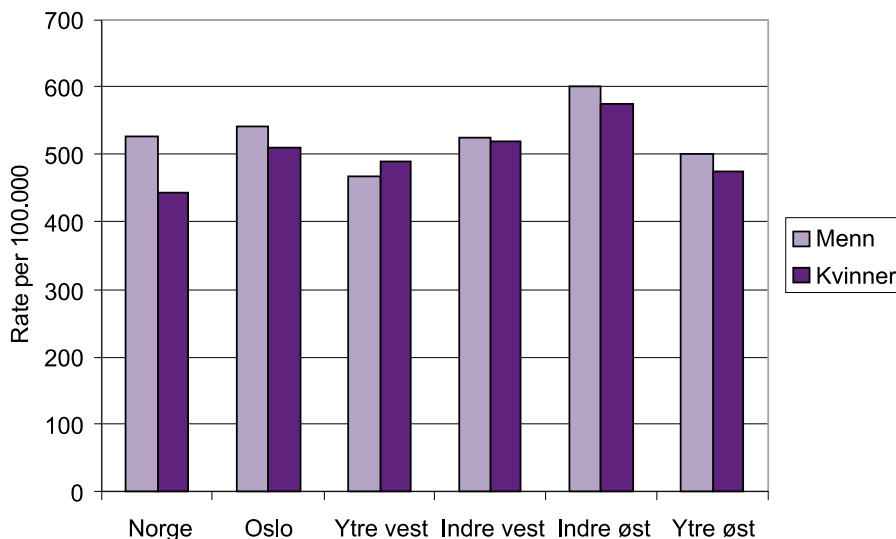
Tabell 3: Nye tilfeller av kreft i 3 perioder. Aldersjusterte rater per 100 000 innbyggere

	Menn		Kvinner	
	Oslo	Norge	Oslo	Norge
1975-79	571	435	387	328
1990-94	601	541	427	379
1995-98	597	573	463	407

Kilde: Kreftregisteret

Det var forskjeller mellom regionene i Oslo i krefthyppighet i perioden 1997-98, med høyere rater i indre bydeler enn i ytre. Forskjellene var større for menn enn for kvinner. Det var høyest hyppighet i Indre øst (fig. 12).

Figur 12: Nye tilfeller av kreft i alderen 20-74 år. Oslo 1997-98. Aldersjusterte rater per 100 000 innbyggere



Kilde: Kreftregisteret

Overlevelse av noen kreftformer i regionene

Andel overlevende etter 5 år med tykktarmskreft, brystkreft eller prostatakreft var nesten den samme for Oslo som for hele landet. Det var imidlertid betydelige geografiske forskjeller innen Oslo i andel personer som var i live 5 år etter kreft-diagnosen. Kvinner i Ytre vest hadde høyere overlevelse for brystkreft og tykktarmskreft enn kvinner i de andre regionene. Menn i Ytre vest hadde høyere overlevelse av prostatakreft enn menn i de andre regionene.

I dette avsnittet vil vi omtale relativ overlevelse i 5 år for noen kreftformer som ble diagnostisert i årene 1990-94. Vi har valgt noen av de mest vanlige kreftformene: Tykktarm (fig. 13-14), brystkreft (fig. 15) og prostatakreft (fig. 16). Lungekreft behandles i et eget avsnitt nedenfor. Relativ overlevelse er observert overlevelse i prosent av forventet overlevelse, og er et mål for hvor alvorlig en sykdom er. 5-års relativ overlevelse kan tolkes som muligheten for at en pasient lever 5 år etter diagnosetidspunktet, når en ser bort fra dødelighet av andre årsaker. Diagnosetidspunkt betyr dermed mye for overlevelse. Leveutsiktene vil imidlertid også variere fra person til person, med alder og spesielt med sykdomsutbredelse på diagnosetidspunktet. Man skal være oppmerksom på at behandlingsmetoder for kreft og dermed overlevelse kan forandre seg over tid, slik at pasienter som får kreft rundt år 2000 kan ha en annen overlevelse enn pasientene 5 år tidligere. For en del kreftformer betyr det å ha overlevd 5 år med sykdommen det samme som å være kurert (Kreftregisteret 1996 og 2001).

Det var ingen forskjeller mellom Oslo og landet som helhet i 5 års overlevelse av tykktarmskreft, brystkreft eller prostatakreft. Derimot var det noen tydelige forskjeller i overlevelse av kreft mellom regionene i Oslo. Ytre vest hadde høyere overlevelse av brystkreft og tykktarmskreft blant kvinner enn de andre regionene. Tilsvarende hadde menn i Ytre vest høyere overlevelse av prostatakreft enn menn i de andre regionene (tab. 4).

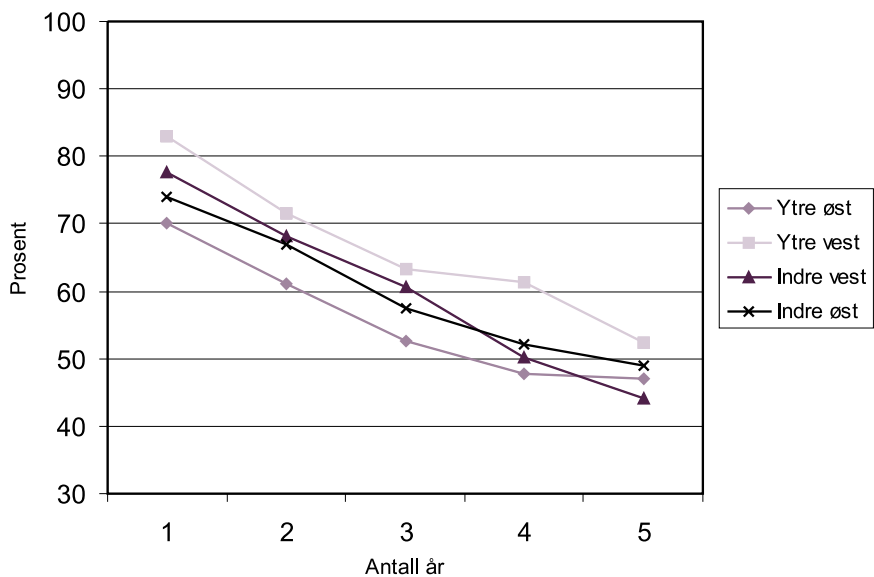
Når det gjelder tykktarmskreft hadde kvinner høyere 5 års overlevelse enn menn både i Oslo og i hele landet. Relativ overlevelse i Oslo var 58% for kvinner og 49% for menn etter 5 år.

Tabell 4: 5 års relativ overlevelse for noen kreftformer (alder 20-74 år). Diagnostisert 1990-94. Prosent

	% overlevelse	Std.*	% overlevelse	Std.*
	Tykktarmkreft - kvinner		Tykktarmkreft - menn	
Hele landet	56,2	1,1	51,6	1,1
Hele Oslo	58,3	3,0	49,0	3,2
Ytre øst	55,9	4,8	46,9	4,9
Ytre vest	69,8	5,3	52,3	6,3
Indre vest	48,6	7,7	44,1	8,4
Indre øst	49,9	9,2	49,0	8,6
	Brystkreft - kvinner		Prostatakreft - menn	
Hele landet	78,5	0,5	67,0	0,8
Hele Oslo	80,5	1,4	66,9	2,5
Ytre øst	80,4	2,2	64,7	3,8
Ytre vest	85,1	2,5	73,5	4,1
Indre vest	75,7	3,9	61,2	7,7
Indre øst	69,4	5,3	60,7	8,0

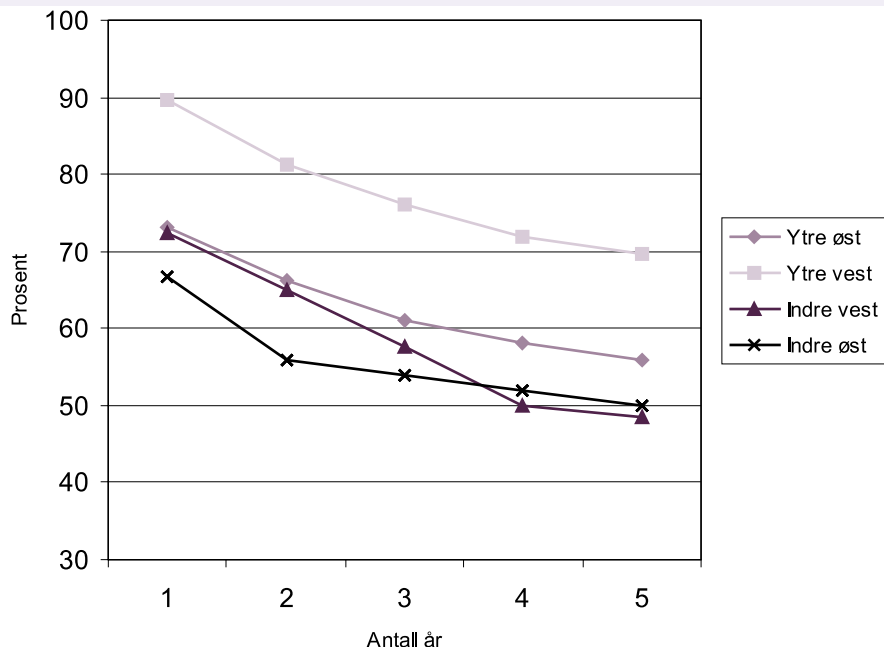
Kilde: Kreftregisteret * Std.=standardavvik

Figur 13: Relativ overlevelse av tykktarmskreft som oppsto i perioden 1990-94 blant menn 20-74 år i Oslo. Prosent



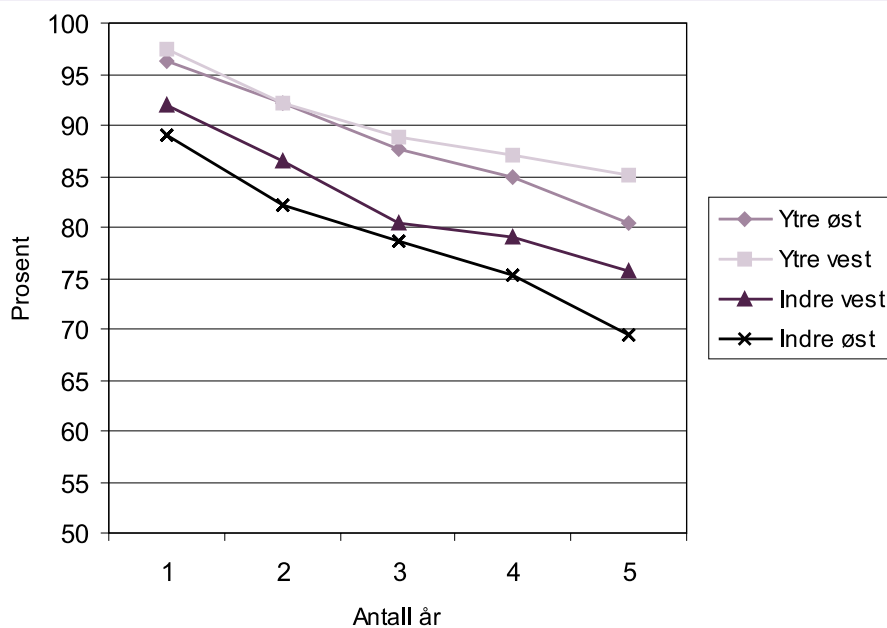
Kilde: Kreftregisteret

Figur 14: Relativ overlevelse av tykktarmskreft som oppsto i perioden 1990-94 blant kvinner 20-74 år i Oslo. Prosent



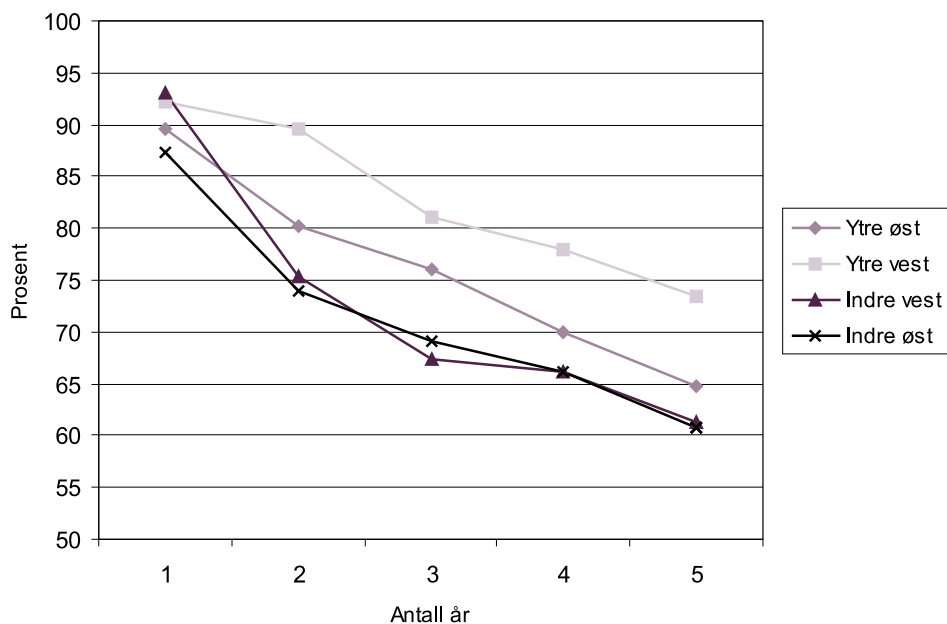
Kilde: Kreftregisteret

Figur 15: Relativ overlevelse av brystkreft som oppsto i perioden 1990-94 blant kvinner 20-74 år i Oslo. Prosent



Kilde: Kreftregisteret

Figur 16: Relativ overlevelse av prostatakreft som oppsto i perioden 1990-94 blant menn 20-74 år i Oslo. Prosent



Kilde: Kreftregisteret

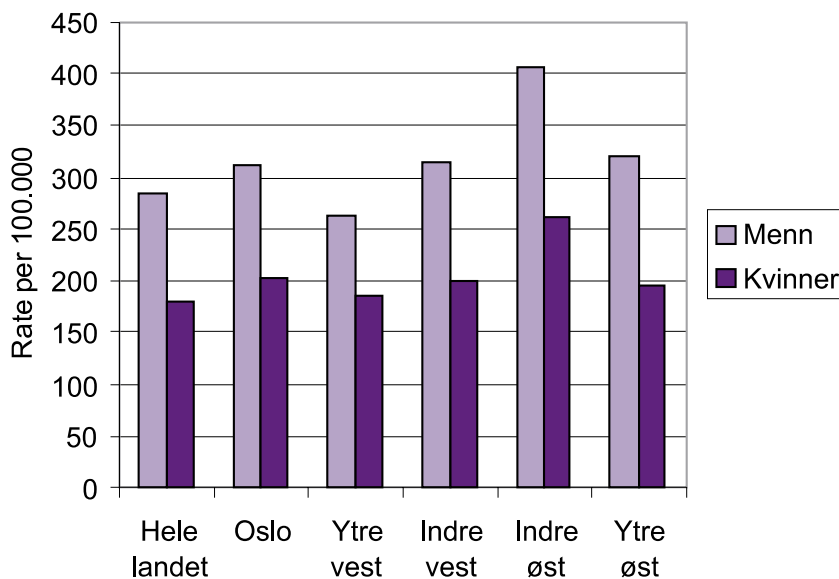
Dødelighet av kreft

Oslo hadde høyere kreftdødelighet enn hele landet og menn hadde høyere kreftdødelighet enn kvinner. For begge kjønn var det lavest dødelighet av kreft i Ytre vest og høyest i Indre øst. Bydelene Nordstrand og Hellerud hadde lavest kreftdødelighet for hhv. menn og kvinner.

Det var høyere dødelighet av kreft i Oslo enn for landet som helhet, og høyere dødelighet blant menn enn blant kvinner. Dødelighet av kreft blant menn i Oslo var 313 per 100 000 innbyggere, og 285 per 100 000 for hele landet i femårsperioden 1994-98. For kvinner var tallene 202 for Oslo og 180 for hele landet. Ratene er standardiserte og gjelder for hele befolkningen, uansett alder.

Både for menn og kvinner var dødeligheten av kreft lavest i Ytre vest og høyest i Indre øst, men det er likevel verd å legge merke til den lave dødeligheten blant kvinner i enkelte bydeler med høy innvandrers andel (tab. 5, fig. 17). Relativ overdødelighet av kreft i Indre øst i forhold til Ytre vest var 1,5 for menn og 1,4 for kvinner. Disse tallene har ikke endret seg noe særlig siden perioden 1990-94 (Røgnerud og Stensvold 1998). I perioden 1994-98 var dødeligheten av kreft blant menn høyest i Gamle Oslo med 433 per 100 000 innbyggere og lavest på Nordstrand med 243 per 100 000 innbyggere. Blant kvinner var dødeligheten av kreft også høyest i Gamle Oslo med 282 per 100 000 innb. og lavest på Hellerud med 137 per 100 000 innbyggere.

Figur 17: Dødelighet av kreft blant menn og kvinner i Oslo 1994-98. Aldersjusterte rater per 100 000 innbyggere



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tabell 5: Dødelighet av kreft blant menn og kvinner i bydelene i Oslo 1994-98.
Aldersjusterte rater per 100 000 innbyggere

	Menn	Kvinner
Bygdøy-Frogner	281	173
Uranienborg-Majorstua	328	215
St.Hanshaugen-Ullevål	305	195
Sagene-Torshov	380	245
Grünerløkka-Sofienberg	416	269
Gamle Oslo	433	282
Ekeberg-Bekkelaget	304	216
Nordstrand	243	197
Søndre Nordstrand	305	146
Lambertseter	406	176
Bøler	313	198
Manglerud	310	188
Østensjø	306	220
Helsfyr-Sinsen	339	207
Hellerud	285	137
Furuset	294	211
Stovner	408	198
Romsås	(420)	(238)
Grorud	321	198
Bjerke	300	198
Grefsen-Kjelsås	266	203
Sogn	248	178
Vinderen	260	181
Røa	266	184
Ullern	256	166

Kilde: Statistisk sentralbyrå

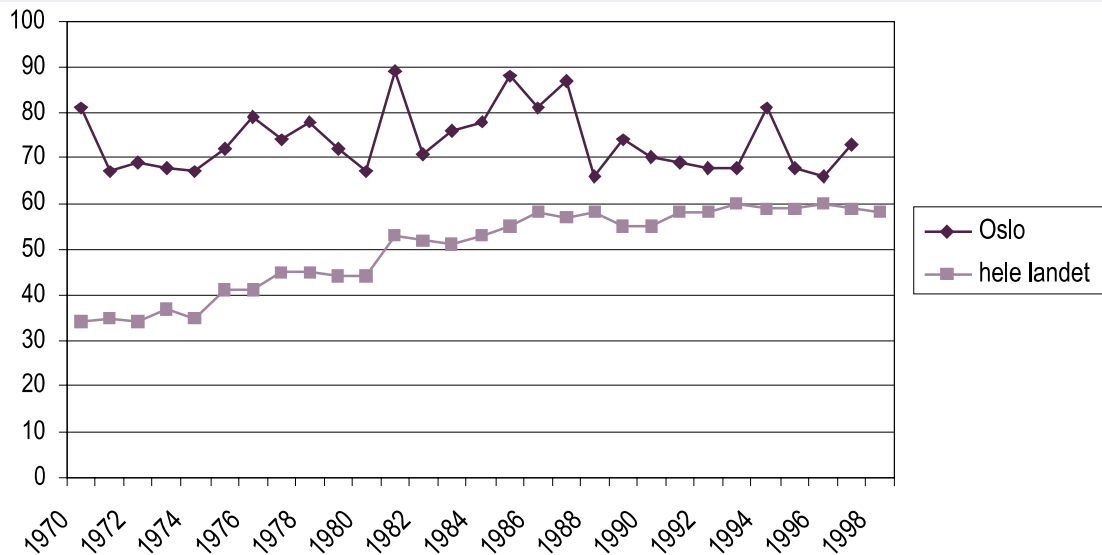
Dødelighet av lungekreft

Dødeligheten av lungekreft var høyere i Oslo enn ellers i landet for begge kjønn. Forskjellene i dødelighet av lungekreft mellom menn i Oslo og menn i hele landet har blitt mindre de siste tiårene. De geografiske forskjellene innen Oslo var større enn for andre dødsårsaker. Blant kvinner var dødeligheten av lungekreft i Indre øst 2,5 ganger høyere enn i Ytre vest.

I dette avsnittet blir dødelighet av lungekreft omtalt spesielt, mens vi tidligere har sett på overlevelse for noen andre kreftformer. Lungekreft har lav overlevelse, slik at tall for dødelighet i dette tilfelle er mer interessant.

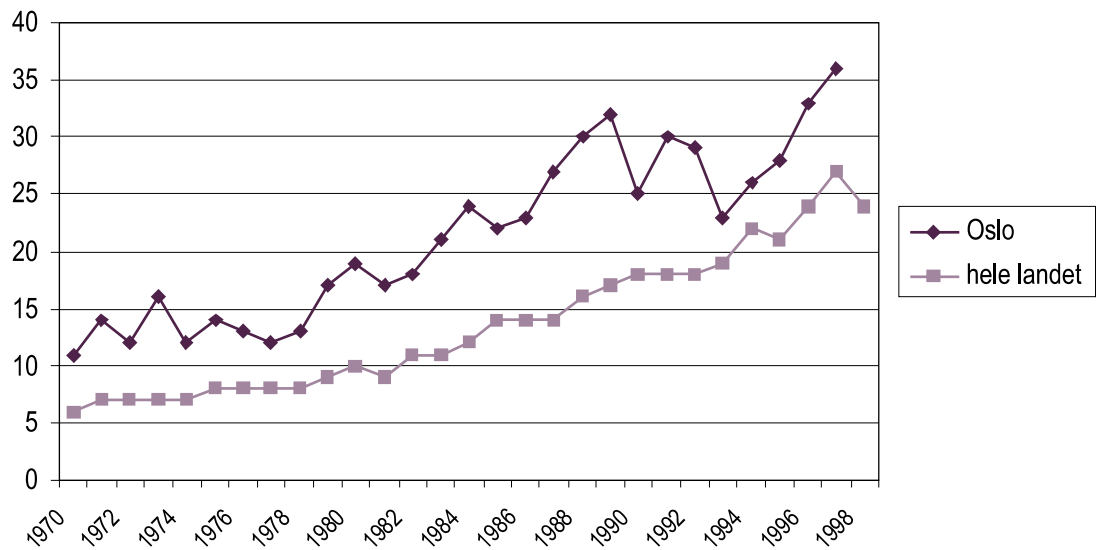
Det var vanligere å dø av lungekreft i Oslo enn ellers i landet i perioden 1994-98. Dødelighet for menn var 71 per 100 000 innbyggere i Oslo og 59 per 100 000 innbyggere for hele landet. For kvinner var ratene 32 i Oslo og 24 for hele landet. Forskjellene i dødelighet av lungekreft mellom Oslo og hele landet har holdt seg nokså konstant for kvinner, men har minsket for menn de siste tiårene (fig. 18-19).

Figur 18: Dødelighet av lungekreft blant menn i Oslo og hele landet. Aldersjusterte rater per 100 000 innbyggere



Kilde: Norgeshelsa/ Statistisk sentralbyrå

Figur 19: Dødelighet av lungekreft blant kvinner i Oslo og hele landet. Aldersjusterte rater per 100 000 innbyggere

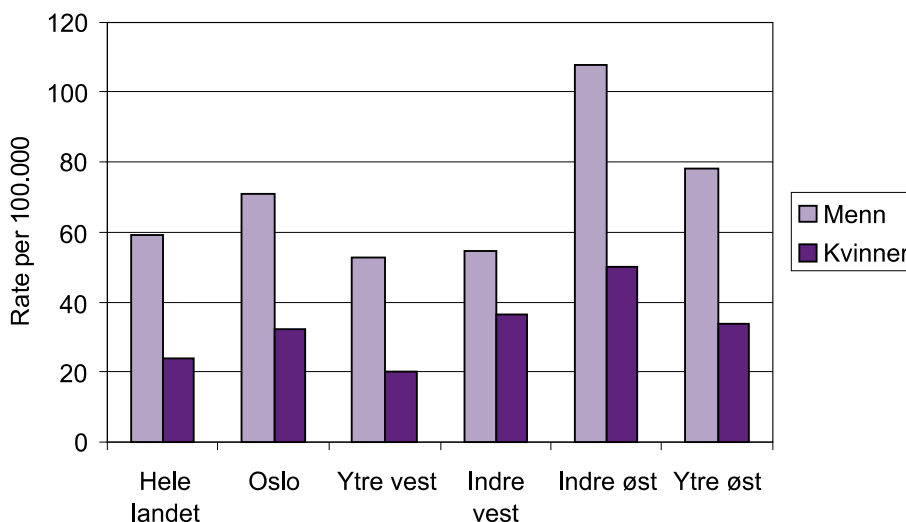


Kilde: Norgeshelsa/ Statistisk sentralbyrå

Forskjellene mellom regionene i Oslo i dødelighet var større for lungekreft enn for andre dødsårsaker (fig. 20). Ser man på relativ overdødelighet, var det for menn dobbelt så høy dødelighet av lungekreft i

Indre øst som i Ytre vest, for kvinner var det 2,5 ganger så høy dødelighet i Indre øst som i Ytre vest. I perioden 1990-94 var den tilsvarende overdødeligheten større for menn (2,9) enn for kvinner (2,3) (Rognerud og Stensvold 1998). Det ser altså ut til å ha skjedd en endring til mindre forskjeller mellom regionene for menn og større forskjeller for kvinner i løpet av 90-tallet. Våre tall for dødelighet gjelder imidlertid alle aldersgrupper, mens tallene for 1990-94 gjelder for aldersgruppene 20-74 år, i begge tilfeller er tallene aldersjustert.

Figur 20: Dødelighet av lungekreft i femårsperioden 1994-98. Aldersjusterte rater per 100 000 innbyggere



Kilde: Statistisk sentralbyrå

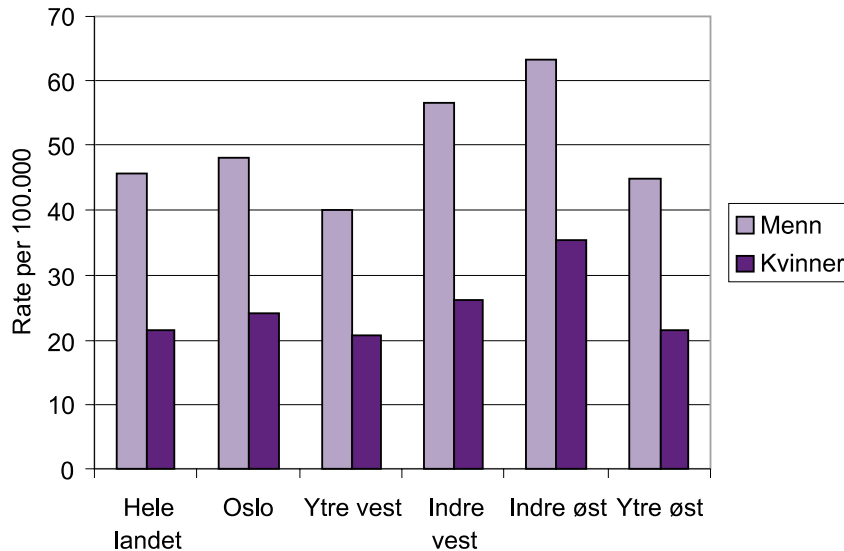
Ulykker og skader

Dødelighet av ulykker

Dødelighet av ulykker var nokså lik for Oslo og hele landet. Både for kvinner og menn var ulykkesdødeligheten høyere i Indre øst enn i Ytre vest. Dødelighet av ulykker i Ytre øst var imidlertid også lav, nesten på nivå med Ytre vest. Menn hadde omtrent dobbelt så høy ulykkesdødelighet som kvinner.

For alle aldersgrupper samlet var det ikke særlig forskjell på ulykkesraten for Oslo og i landet for øvrig, men det var regionale forskjeller innen Oslo (fig. 21). Menn hadde en relativ overdødelighet på 1,6 og kvinner på 1,7 i Indre øst i forhold til Ytre vest. Ulykkesdødeligheten blant kvinner var like lav i Ytre øst som i Ytre vest.

Figur 21: Dødelighet av ulykker 1994-98. Aldersjusterte rater per 100 000 innbyggere



Kilde: Statistisk sentralbyrå

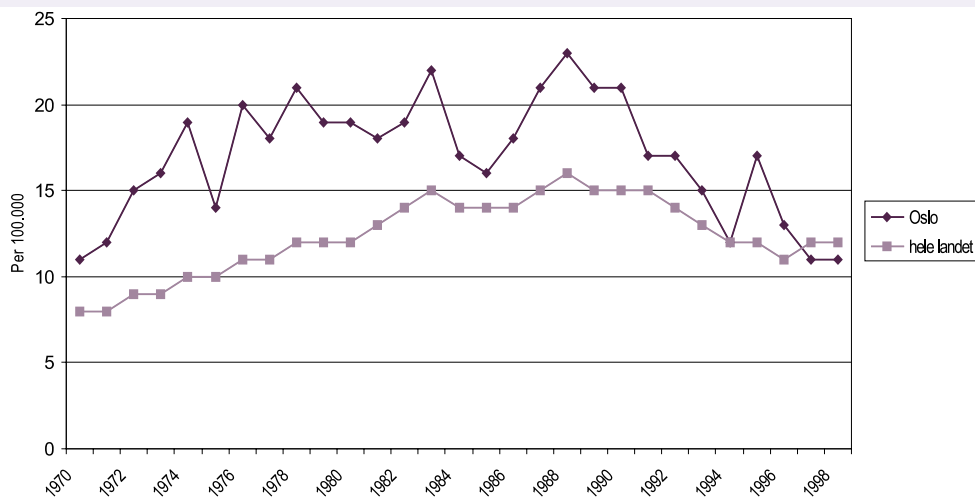
Selv mord

Kvinner i Oslo hadde høy selvmordsrate sammenlignet med hele landet. Selvmordsratene har vært synkende både i Oslo og i hele landet etter 1988, og ratene for Oslo og hele landet har nærmet seg hverandre. Det var betydelige geografiske forskjeller innen Oslo for menn, men ikke for kvinner. Menn hadde nesten dobbelt så høy selvmordsrate i Indre øst som i Ytre vest.

Selv mordsraten var så å si lik for menn i Oslo og i landet som helhet, mens kvinner i Oslo hadde en høyere rate med 10,1 per 100 000 innbyggere i forhold til 6,4 for landet i perioden 1994-98. Raten er regnet som gjennomsnitt for femårsperioden. Aldersstandardisering gjør ikke særlig utslag på ratene, og er ikke foretatt (Statistisk sentralbyrå 2001). Selvmordsratene har vært synkende etter 1988, og det var større forskjeller mellom Oslo og hele landet på 1970- og 80-tallet enn det er i dag (fig. 22).

For hele Oslo var det i gjennomsnitt 69 selvmord per år i perioden 1994-98 (tab. 6). For menn var raten langt høyere i indre enn i ytre regioner (fig. 23). Indre øst hadde nesten dobbelt så høy rate som Ytre vest. For kvinner var det små forskjeller mellom regionene. Dette er i tråd med resultater fra tidlig på 90-tallet, der det også var større forskjeller mellom regionene for menn enn for kvinner (Rognerud og Stensvold 1998).

Figur 22: Dødelighet av selvmord i Oslo og hele landet for menn og kvinner samlet etter 1970. Rater per 100 000 innbyggere



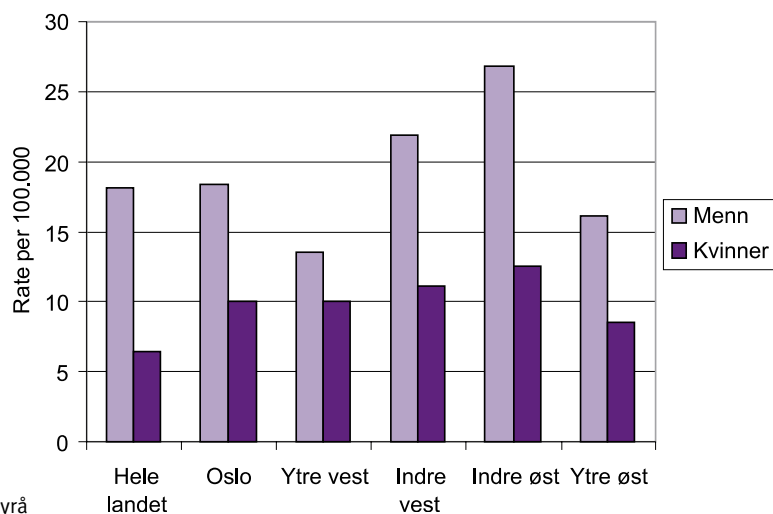
Kilde: Norgeshelsa/ Statistisk sentralbyrå

Tabell 6: Antall selvmord i Norge og Oslo i femårsperioden 1994-98

	Menn	Kvinner
Hele landet	1965	712
Oslo i alt	216	129
Ytre øst	81	47
Ytre vest	43	35
Indre vest	36	21
Indre øst	51	24

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 23: Dødelighet av selvmord 1994-98. Rater per 100 000 innbyggere



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Dødelighet av medikamentmisbruk/ overdoser

Det var stor overhyppighet av dødsfall på grunn av medikamentmisbruk og overdoser i Oslo sammenlignet med hele landet, og det var stor overhyppighet i Indre øst sammenlignet med Ytre vest. Indre vest og Ytre øst hadde også betydelig lavere dødelighetsrate enn Indre øst. Menn i Oslo hadde 4 ganger så høy dødelighet av slike årsaker som kvinner.

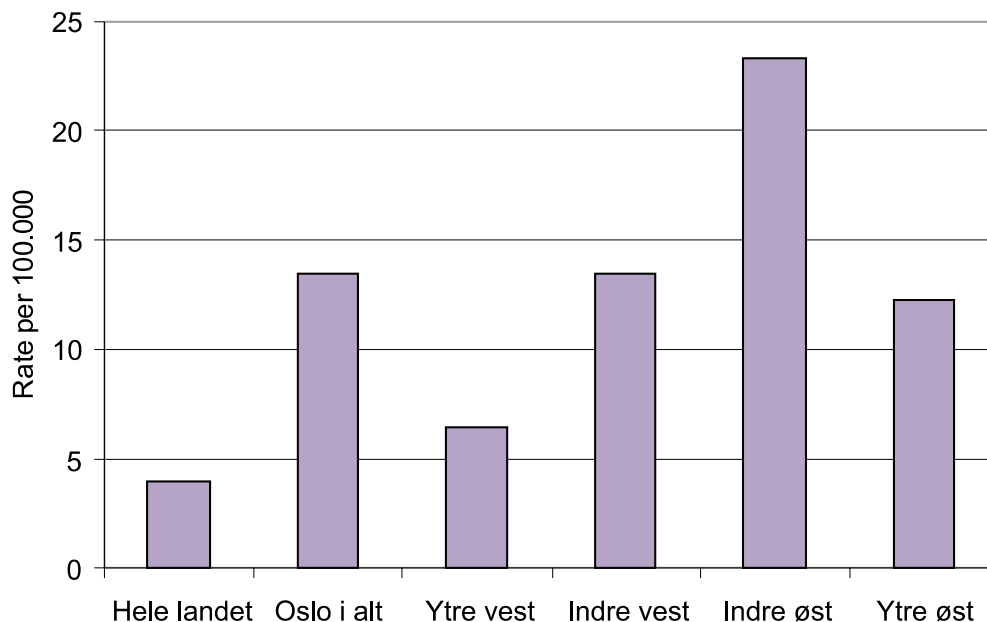
Det døde i gjennomsnitt 81 personer per år av medikamentmisbruk/ overdoser i Oslo i perioden 1994-98. Menn er mest utsatt for slike dødsfall. For hele landet hadde menn en årlig rate på 6 og kvinner en rate på 1 per 100 000 innbyggere i den aktuelle femårsperioden. Tilsvarende rater i Oslo var 21 for menn og 5 for kvinner. Overdosedødsfall er i stor grad et storbyproblem (fig. 24). Raten for Oslo var mer enn 3 ganger så høy som for hele landet, og Indre øst var det mest belastede området av Oslo. Dødsårsaksstatistikken lages på grunnlag av bostedsadresse, ikke ulykkessted.

Tabell 7: Antall dødsfall av medikamentmisbruk/ overdose i Norge og Oslo i femårsperioden 1994-98

	Menn	Kvinner
Hele landet	769	154
Oslo i alt	326	79
Ytre øst	113	33
Ytre vest	36	8
Indre vest	52	13
Indre øst	104	20

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 24: Dødelighet av medikamentmisbruk/ overdose 1994-98. Aldersjusterte rater per 100 000 innbyggere



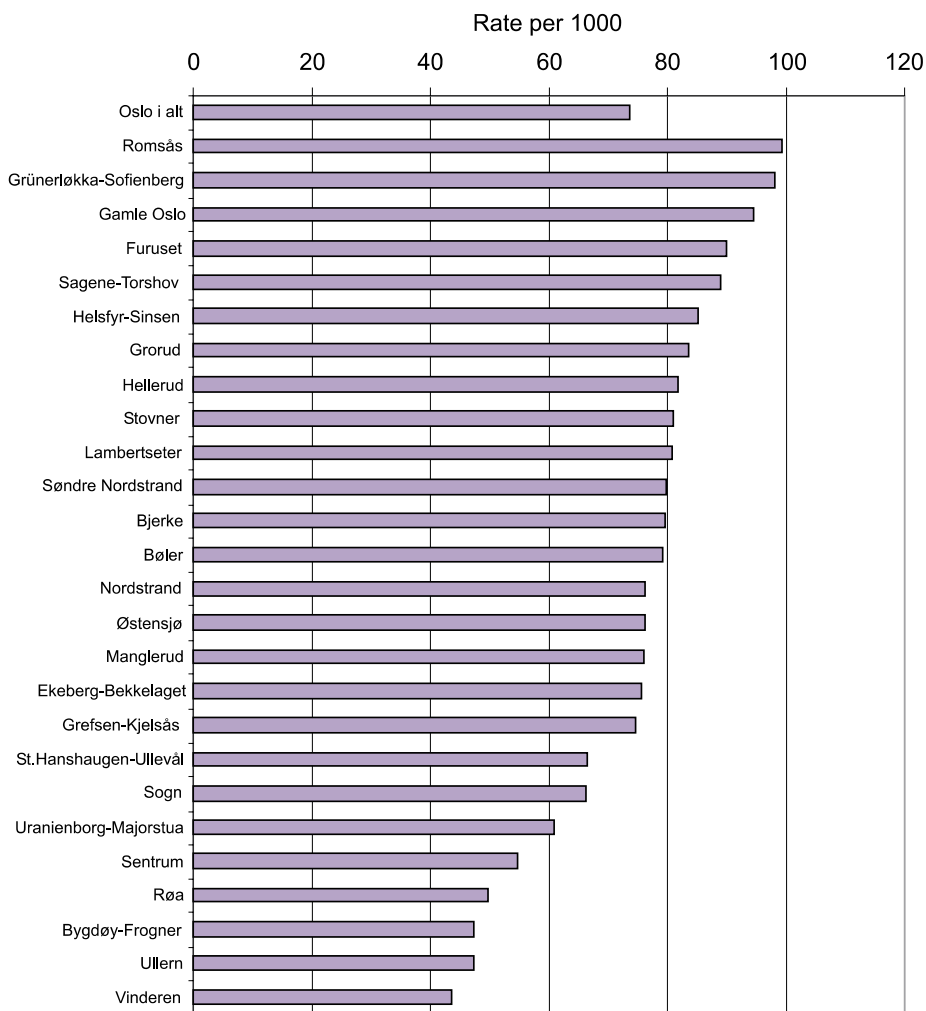
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Skader behandlet ved Oslo legevakt

Det var betydelige forskjeller mellom bydelene når det gjelder skaderate, i bydelene med lavest skaderater hadde under 0,5% av innbyggerne blitt behandlet for skader ved Oslo legevakt og i bydelene med høyest rate hadde nærmere 1% av innbyggerne fått slik behandling. Andelen av befolkningen i Indre øst som ble behandlet for voldsskader var lavere i 2001 enn i 1994.

Det er anslått at antall skader i Oslo ligger på 80-90.000, og at 16-18% av Oslos innbyggere skades hvert år (Rognerud og Stensvold 1998). Det ble funnet større forbruk av Legevaktens tjenester fra sentrumsnære østlige bydeler. I 2001 ble nærmere 60.000 mennesker behandlet for skader på Oslo legevakt. Alders- og kjønnsjusterte skaderater, beregnet av Helsevernetaten i Oslo kommune, viser høyest skadefrekvens i bydelene Romsås, Grünerløkka-Sofienberg og Gamle Oslo og lavest i bydelene Bygdøy-Frogner, Ullern og Vinderen (fig. 25).

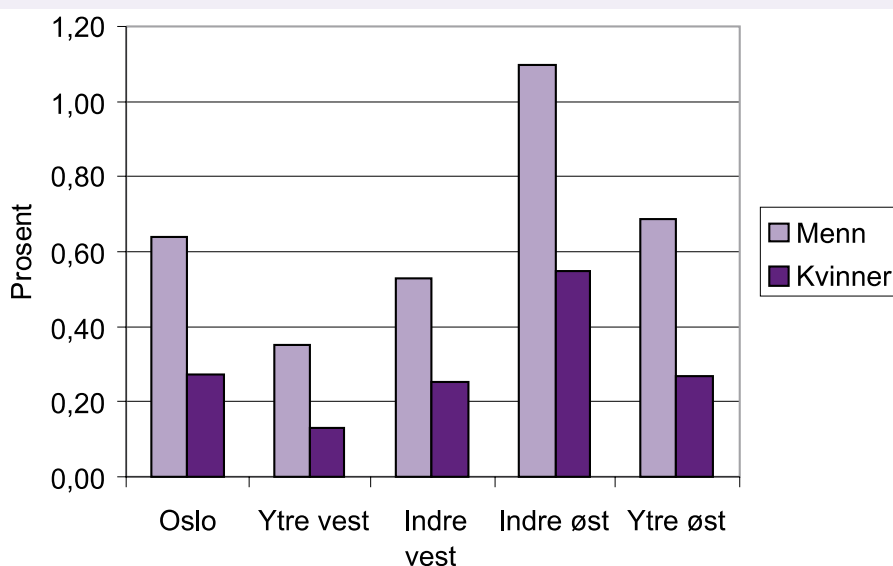
Figur 25: Skaderater per 1000 innbyggere per år fra Oslo legevakt 2001. Standardisert for alder og kjønn



Kilde: Oslo legevakt og Helsevernetaten

I Oslohelsa fra 1998 ble hyppighet av legebehandlede voldsskader beregnet for de ulike regioner i Oslo. Legevaktens materiale fra 1994 ble brukt den gang, og man regnet at de aller fleste voldsskadene var blitt registrert i dette materialet. Med en viss usikkerhetsmargin dekker Legevakten i Oslo en totalbefolkning når det gjelder akuttbehandling av voldsskader (Rognerud og Stensvold 1998). Det samme kan sies å gjelde i dag, selv om noen voldsskader trolig behandles ved privat legevakt. Helsevernetaten har gjort de samme beregningene med et samlet materiale fra legevakten fra 2001. Mønsteret er det samme nå som i 1994, men andelen av befolkningen som ble behandlet for voldsskader var lavere i Indre øst enn den gang (fig. 26). Mens vel 1,3% av menn i Indre øst og nesten 0,6% av kvinnene ble behandlet for slike skader i 1994, var det i 2001 vel 0,8% menn og 0,4% kvinner som ble behandlet i samme region. Det hadde også vært en nedgang for menn i Indre vest fra over 0,6% i 1994 til 0,4% i 2001. Tall for de andre regionene var nokså like i de to årene.

Figur 26: Andel av befolkningen behandlet for voldsskader ved legevakten i 2001, fordelt etter bosted. Prosent



Kilde: Oslo legevakt og Helsevernetaten

Infeksjonssykdommer

Mens forekomsten av salmonellainfeksjoner har vært jevn de siste årene, har forekomsten av tarminfeksjoner utløst av Campylobacter økt sterkt. Mange ble smittet utenlands, og vestlige bydeler hadde høyere forekomst av Campylobacter enn østlige. Indre vest og Vinderen hadde de høyeste ratene for salmonellainfeksjon. Det har vært en tilbakegang i antall tilfeller av hepatitt A og B, bl.a. på grunn av vaksinerings og opplysningstiltak blant narkomane.

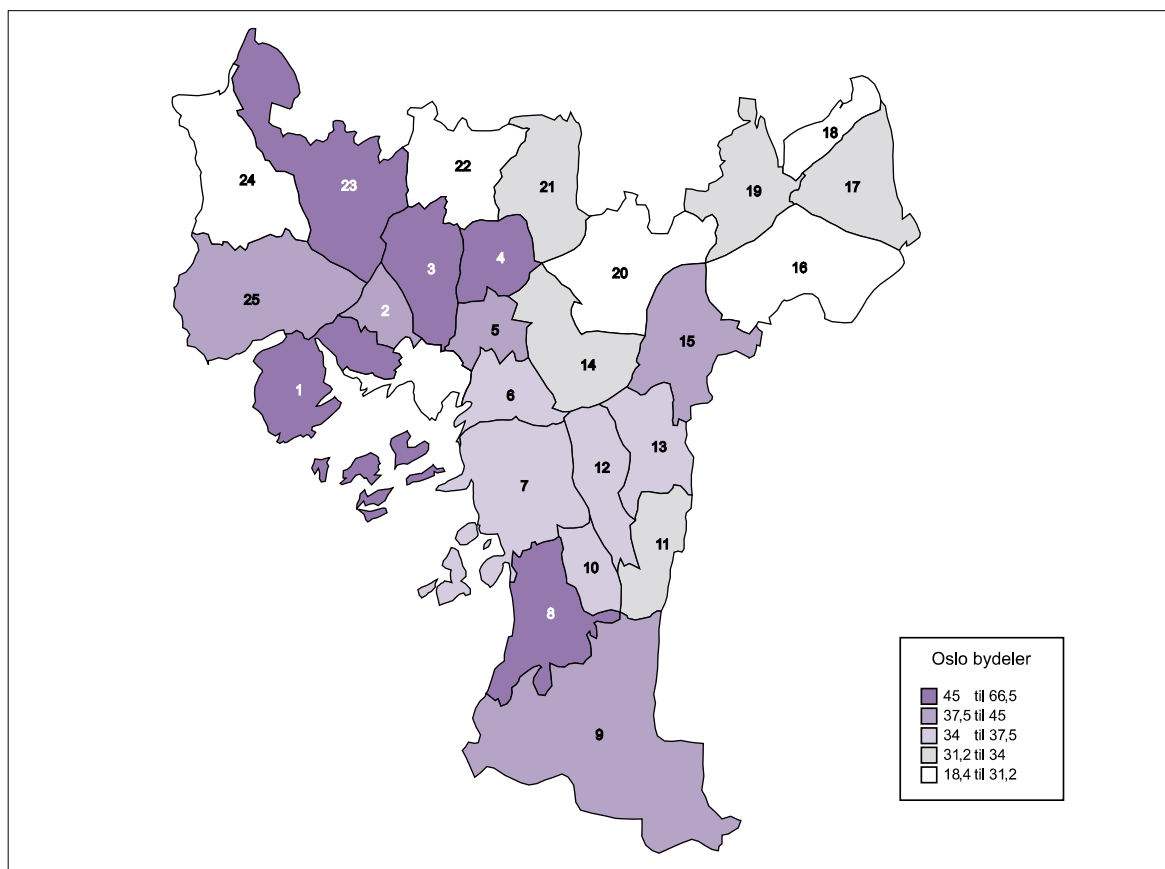
Mage- og tarminfeksjoner

Det har vært en jevn forekomst av *salmonellainfeksjoner* med cirka 200 tilfeller årlig i perioden 1997-2000. Samtidig var det store forskjeller mellom bydelene. Bydeler i Indre vest og Vinderen hadde de høyeste ratene (fig. 27).

Det ble rapportert en sterk økning i *Campylobacterinfeksjoner* i perioden 1997-2000, med 77 % økning i perioden 1997-2000 (fra 252 til 447 nye tilfeller). *Campylobacter* er nå hyppigst nominativt (dvs. registrert i systemet for overvåking av smittsomme sykdommer) meldte årsak til bakterielle tarminfeksjoner i Oslo. Bakterien smitter via mat, særlig fra fjærfekjøtt og forurenset drikkevann. I Oslo hadde 78% blitt smittet utenlands, mot 54% på landsbasis. På landsbasis har det også vært en økning i innenlandssmittede de senere år, årsakene til dette er ikke helt klare. Mange dyr og fugler er bærere av *campylobacter*, og antagelig smittes en del gjennom forurenset overflatevann og brønnvann. Det er verdt å merke seg at det var de samme bydelene som hadde høy hyppighet både i perioden 1992-96 (Rognerud og Stensvold 1998) og i perioden 1997-2000. I bydelene Vinderen, Ullern, Bygdøy-Frogner, Uranienborg-Majorstua, St. Hanshaugen-Ullevål, Grünerløkka-Sofienberg og Ekeberg-Bekkelaget var insidensraten 81-102 per 100 000 innbyggere per år, eller mer enn dobbelt så høy som i bydelene Stovner, Helsefyr-Sinsen og Hellerud.

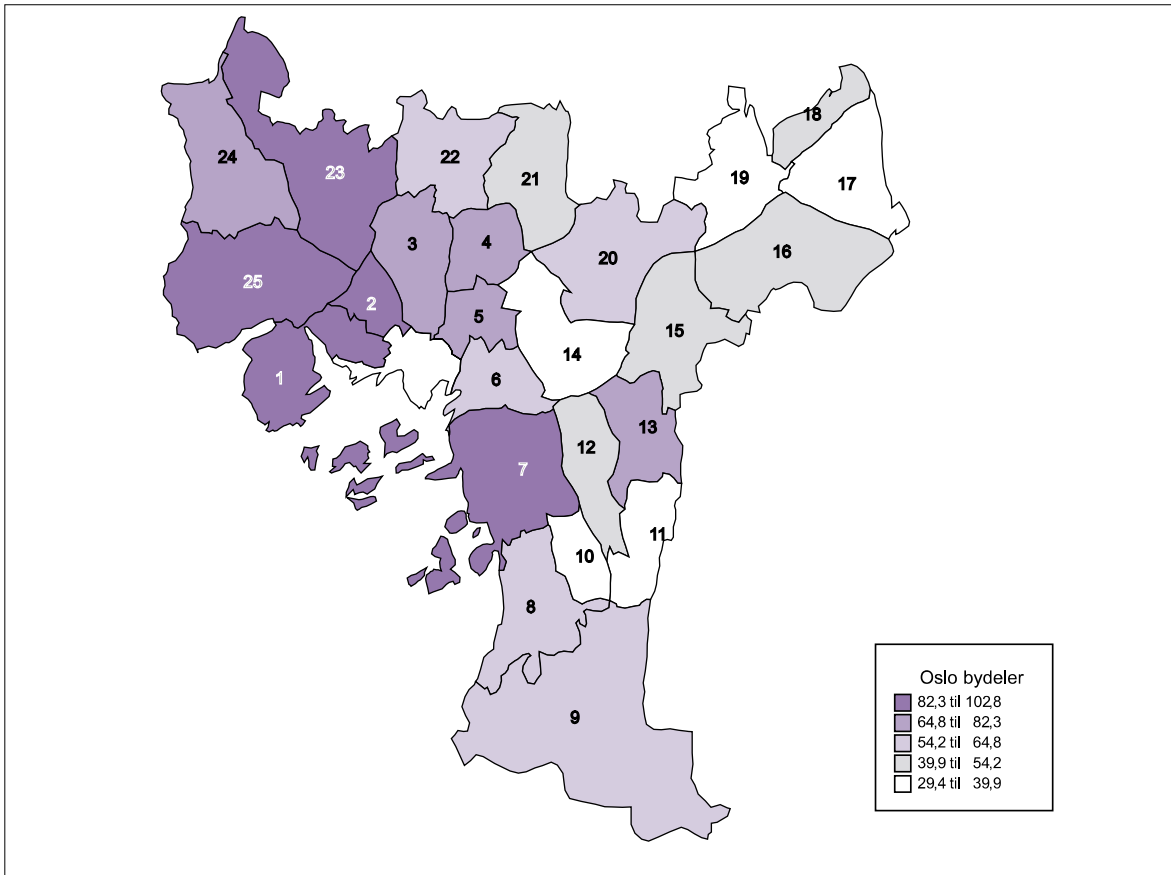
Hepatitt A. Fra 1996 har det vært ett landsomfattende utbrudd blant narkomane, med topp i 1998 og 1999 (henholdsvis 117 og 147 nye tilfeller). Gjennom vaksiner og opplysningstiltak har dette utbruddet gått tilbake. I Oslo ses en del tilfeller blant innvandrerbarn som reiser til foreldrenes hjemland på ferie uten å være vaksinert. I 2000 var 64% av tilfellene innenlandssmittet, mens 36% var importerte. Bydeler i Indre øst og Indre vest og bydelene Hellerud, Stovner og Romsås skilte seg negativt ut med mer enn dobbelt så høy hyppighet.

Figur 27: Salmonella - nye tilfeller per år i perioden 1997-2000. Per 100 000 innbyggere



Kilde: Helsevernetaten, Oslo kommune

Figur 28: Campylobakteriose - nye tilfeller per år i perioden 1997-2000. Per 100 000 innbyggere



Kilde: Helsevernetaten, Oslo kommune

Seksuelt overførbare sykdommer

Antall nye *AIDS*-tilfeller gikk ned fra 46 i 1994 til 12 i 2000 (insidens henholdsvis 8,5 og 2,4 tilfeller per 100 000 innbyggere), noe som sannsynligvis kan forklares med at bedre behandlingsmetoder er tatt i bruk.

Hepatitt B smitter hovedsakelig gjennom bruk av urene sprøyter eller ved seksuell kontakt. Forekomsten var stort sett økende på 1990-tallet opp til 71 nye tilfeller i 1999, men gikk ned til 40 nye tilfeller i år 2000. En av forklaringene kan være vaksinekampanje blant sprøytenarkomane og homoseksuelle.

Registrering av *genital chlamydiainfeksjon* gjennom MSIS ble avbrutt i 1997, selv om antall nye tilfeller økte inntil 1996. I 1997 ble det registrert 1683 nye tilfeller i Oslo.

Forekomsten av *gonoré* har vært relativt stabil, men med litt økende tendens. De fleste smittes innenlands og heteroseksuelt. 114 nye tilfeller ble registrert i år 2000.

Forekomst av *syfilis* var svært lav i flere år. I 1999 og 2000 var det et utbrudd blant homoseksuelle menn i Oslo, med 36 nye tilfeller i 1999 og 24 i 2000.

Materiell brukt: Årlige MSIS rapporter i perioden 1997-2000 og "Oversikt over smittsomme sykdommer i Oslo" utarbeidet av smittevernoverlege Tore W Steen fra Helsevernetaten. Utgangspunkt ved fremstilling av bydelstall som kart er sykdomsforekomst per 100 000 innbyggere. Bare sykdommer med store nok tall på bydelsnivå tas med. For å oppnå større tall og for å unngå tilfeldig variasjon fra år til år, ble gjennomsnittsrater beregnet ved sammenslåing av årlige tall fra MSIS rapporter i perioden 1997-2000. Befolkningstall per 01.01.1999 ble brukt i nevneren.

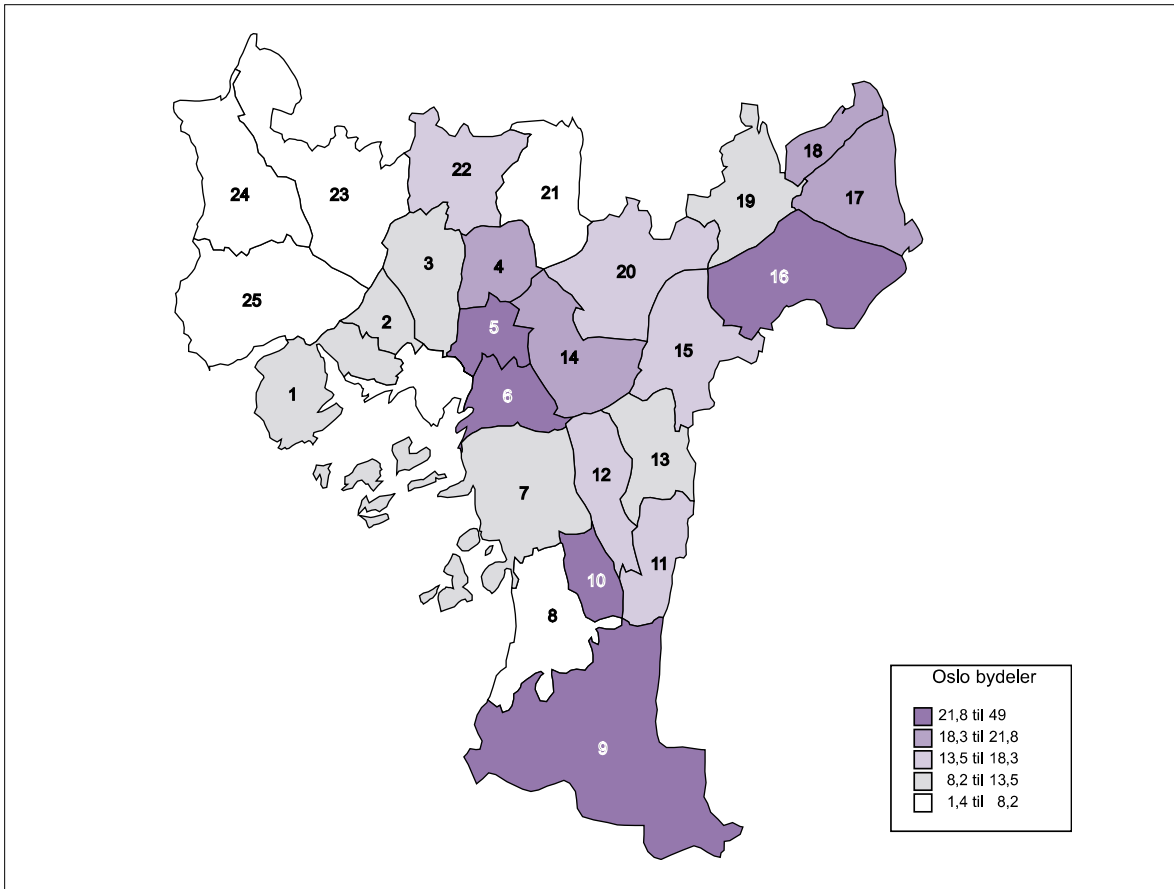
Infeksjoner som smitter via dråper og nærkontakt

Pneumokokkinfeksjoner. Pneumokokker er vanlig årsak til øvre og nedre luftveisinfeksjoner. Alvorlige pneumokokkinfeksjoner som meningitt og sepsis er meldepliktige. Antall tilfeller fra 1996 til 2000 i Oslo har variert fra 115 til 175 (årlig insidens 22/100 000 til 35/100 000). Alvorlig infeksjon ses i hovedsak hos eldre, men også hos yngre med nedsatt immunforsvar, som HIV-positive og personer uten milt. Det var spesielt mange tilfeller i bydel St Hanshaugen-Ullevål i 1999 og 2000 (henholdsvis 35 og 41 tilfeller) sammenlignet med andre bydeler. Dette var dobbelt så høy hyppighet (78 per 100 000 innb.) som i nabobydelen Vinderen.

Antall nye tilfeller av *tuberkulose* har vært forholdsvis stabilt i Oslo de siste fem årene med gjennomsnittlig samlet insidens 17,1/100 000/år. I år 2000 ble det registrert 73 nye tilfeller av tuberkulose i Oslo. Tuberkulose er spesiell ved at sykdommen bryter ut måneder og oftest flere år etter smitte. I 2000 inntraff 93% av tuberkulose tilfellene i Oslo hos asylsøkere og innvandrere. De første årene etter ankomst har innvandrere gjerne en tuberkuloseforekomst nær den i hjemlandet, siden vil den synke. 1996-2000 var det blant norskfødte i Oslo 3,3 tilfeller per 100 000/år, blant innvandrere 67/100 000/år. 1997-2000 hadde bydel Gamle Oslo en årlig insidens på 48,9 per 100 000 innbyggere, mens Grefsen-Kjelsås hadde 1,4 /100 000 (fig. 29).

Undersøkelse for tuberkulose er påbudt for alle innvandrere og asylsøkere ved ankomst til Norge. Nyfødte barn av personer fra land med høy forekomst tilbys BCG-vaksine. For øvrig tilbys BCG-vaksine til alle ungdomsskoleelever.

Figur 29: Tuberkulose - nye tilfeller per år i perioden 1997-2000. Per 100 000 innbyggere



Kilde: Helsevernetaten, Oslo kommune

Selvrapportert helse/sykdom

Vurdering av egen helse

Middelaldrende og eldre Oslo-folk vurderer egen helse som bedre enn trøndere, og krysser oftere av for "svært god" enn trøndere. Innvandrere vurderte sin egen helse som dårligere enn nordmenn, og det var også store geografiske forskjeller innen Oslo, med bedre helse i vest enn i øst. De geografiske ulikhetene var større i eldre aldersgrupper enn i yngre. Blant 60-åringene hadde over 80% god/svært god helse på Vinderen, Ullern og Ekeberg-Bekkelaget, sammenlignet med rundt 50% i Gamle Oslo, Grünerløkka og Sagene-Torshov.

Det aller første spørsmålet i spørreskjemaet til helseundersøkelsen i Oslo 2000-2001 lød: "Hvordan er helsen din nå?" Det var mulig å krysse av på ett av fire svaralternativ: Dårlig, ikke helt god, god eller svært god. Slik generell vurdering av egen helse brukes i spørreundersøkelser over hele ver-

den og det har lenge vært kjent at spørsmålet gir uttrykk for både fysisk og psykisk helsetilstand, at dårlig egenvurdering fører til økt bruk av helsetjenester og at de som vurderer sin egen helse som god, lever lengre enn de som vurderer den som dårlig (Kaplan og Camacho 1983, Fylkesnes 1993, Kaplan m.fl. 1996 og 1998).

De fleste mente at egen helse var *god*, mellom 50 og 60% av alle, i tillegg mente nesten 20% at de hadde *svært god* helse. Menn i alle aldersklasser som var med i HUBRO vurderte jevnt over en sin helse som bedre enn kvinner gjorde (fig. 30). Sammenligninger med et materiale fra Nord-Trøndelag viste små forskjeller mellom Trøndelag og Oslo for de yngre aldersgruppene, mens det i de to eldste aldersgruppene ble rapportert bedre helse i Oslo enn i Trøndelag. En videre oppdeling i svarene "svært god" og "god" viste at Oslo-folk hadde en større tilbøyelighet til å svare "svært god" på spørsmålet om vurdering av egen helse enn trøndere. Innvandrere rapporterte dårligere helse enn nordmenn i Oslo-undersøkelsen (tab. 8), noe som både kan skyldes faktisk dårligere helse og kulturelle forskjeller for vurdering av egen helse.

Mens nesten 90% av 30-åringene rapporterte svært god eller god helse, sank denne andelen noe med alderen (fig. 30).

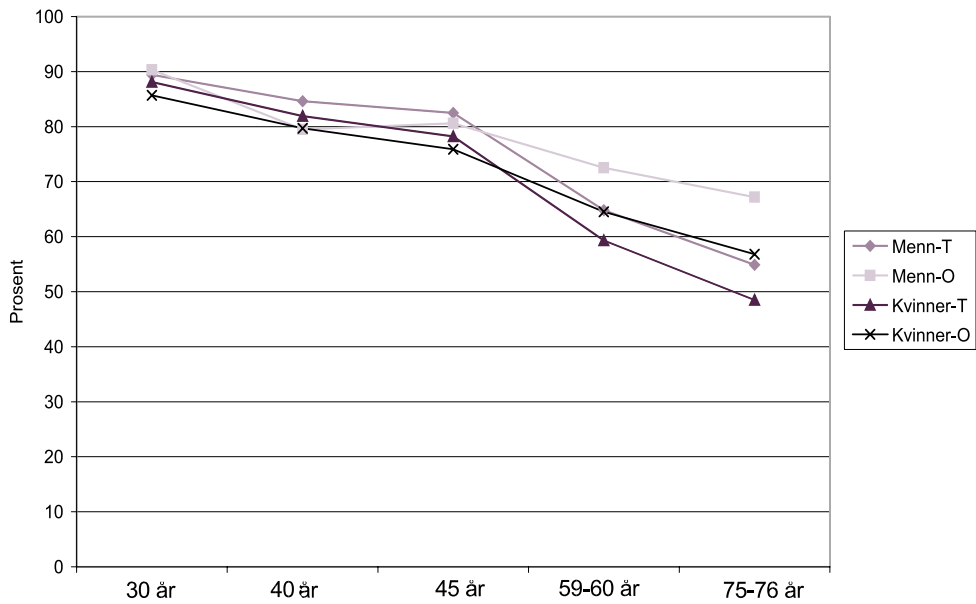
Undersøkelsen fra Nord-Trøndelag var fra 1995-97. Aldersgruppene som ble brukt til sammenligning fra Trøndelagsmaterialet var 28-32 år, 38-42 år, 43-47 år, 57-62 år og 73-78 år. Aldersgruppene fra HUBRO ble altså utvidet med to år både oppad og nedad, for å få mange nok å sammenligne med.

Det var betydelige forskjeller mellom bydeler og regioner i Oslo for vurdering av egen helse. Dette var særlig tydelig for 40 og 60-åringene (fig. 31-32). Mønsteret var bedre egenvurdert helse i vestre enn i østre bydeler, Indre øst hadde lavest andel med god/svært god egenvurdert helse for begge kjønn, mens menn i Ytre vest hadde høyest andel med god/svært god helse.

Slår vi sammen tall for menn og kvinner for aldersgruppen 30 år og bydelsnivå, varierte andelen med svært god eller god helse fra 95% på Ullern til under 80% på Søndre Nordstrand og Stovner. Blant 40-åringene varierte andel med god/svært god helse fra ca 90% på Vinderen, Bygdøy-Frogner og Ullern til 63% på Romsås og 67% på Grünerløkka. Blant 60-åringene hadde over 80% god/svært god helse på Vinderen, Ullern og Ekeberg-Bekkelaget, sammenlignet med rundt 50% i Gamle Oslo, Grünerløkka og Sagene-Torshov.

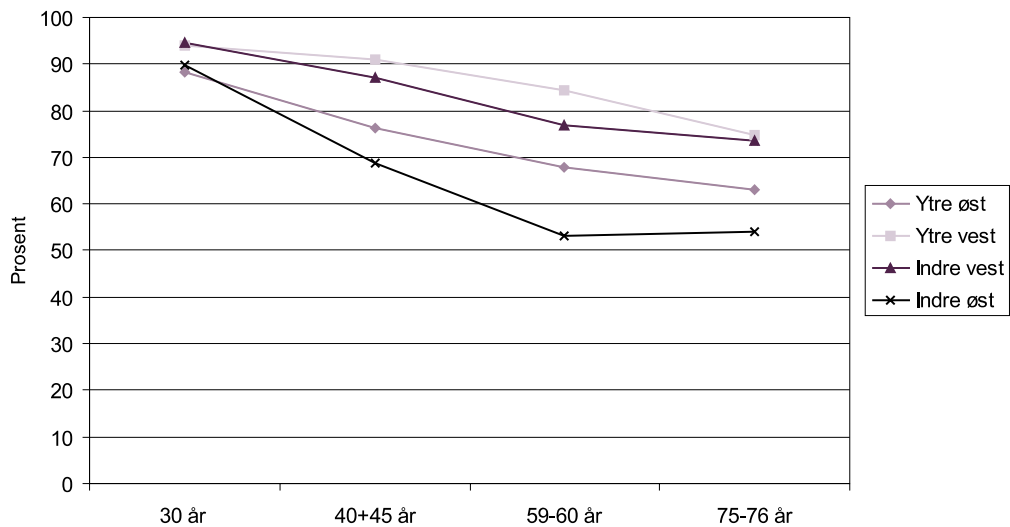
Geografiske ulikheter i vurdering av egen helse var større i eldre aldersgrupper enn i yngre. Dette gjaldt både for forskjellene mellom Oslo og Nord-Trøndelag og for forskjellene mellom regioner og bydeler innen Oslo (fig. 30-32). Både for menn og kvinner var ulikhetene minst for 30-åringene.

Figur 30: Andel menn og kvinner med god eller svært god helse i Nord-Trøndelag (1995-97) og Oslo (2000-01). Prosent



Kilde: HUBRO og HUNT

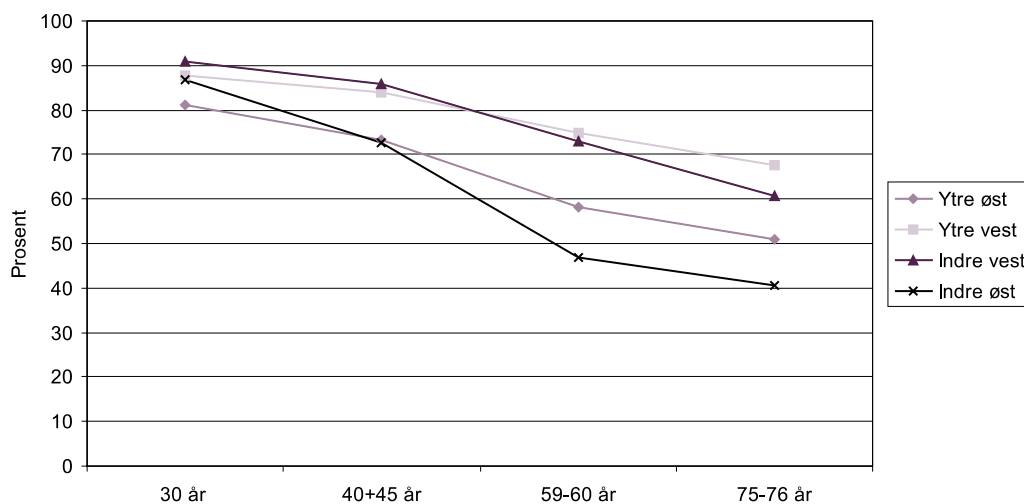
Figur 31: Andel menn som vurderer egen helse som god eller svært god. Oslo 2000-2001. Prosent



Signifikans: 30 år: * 40+45 år: *** 59-60 år: *** 75-76 år: ***

Kilde: HUBRO

Figur 32: Andel kvinner som vurderer egen helse som god eller svært god. Oslo 2000-2001. Prosent



Signifikans: 30 år: * 40+45 år: *** 59-60 år: *** 75-76 år: ***

Kilde: HUBRO

Forskjeller i egenvurdert helse etter utdanning, yrkesaktivitet, sivilstand og fødeland er vist i tabell 8. Det var betydelige forskjeller etter utdanning, med best egenvurdert helse i grupper med mange års utdanning. Menn på 30 år hadde minst forskjeller i opplevelse av egen helse etter utdanning, men forskjellene var likevel tydelige. Det var ikke overraskende at de som arbeidet fulltid hadde best helse, og bedre enn dem som arbeidet deltid eller som ikke var i inntektsgivende arbeid. Graden av yrkesaktivitet vil være avhengig av den enkeltes helsetilstand, enten det er slik at man må slutte i en jobb på grunn av dårlig helse eller at man stiller svakere i konkurransen om arbeidsplassene på grunn av helseproblemer. De som bodde sammen med ektefelle/ samboer hadde bedre helse enn dem som bodde alene eller var alene med barn. Dette gjaldt imidlertid ikke for 30-åringene.

Fødeland var i høy grad utslagsgivende for vurdering av egen helse. Blant innvandrer menn i 40-årsalderen var det knapt 50% som vurderte sin helse som god eller svært god, mens tilsvarende tall for menn født i Norge var vel 80%. Forskjellene er betydelige allerede for 30-åringer, og de øker med alderen. Det er mange mulige tolkninger av slike forskjeller. Helsen kan oppleves dårligere blant innvandrere, de kan ha oppfattet spørsmålet annerledes – eller tolkningene av spørsmålet i forhold til egen kultur kan være annerledes.

Tabell 8: Andel personer som vurderer egen helse som god eller svært god. Oslo 2000-2001. Prosent

	30 år		40 + 45 år		59-60 år	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
Alle	86	90	78	80	64	73
Utdanning						
Grunnskole	71	85	55	60	49	58
Videregående	68	82	73	77	68	70
Universitet/ høyskole	91	92	84	85	73	82
sign.	***	***	***	***	***	***
Yrkesaktivitet						
Ikke i inntektsgivende arbeid	71	72	50	47	42	40
Arbeider deltid	85	86	81	61	65	62
Arbeider fulltid	91	92	84	86	78	83
sign.	***	***	***	***	***	***
Sivil status						
Bor sammen med ektefelle/ samboer	86	91	79	82	68	75
Enslig, evt. med barn	85	91	74	74	60	65
sign.	ns	ns	***	***	***	***
Fødeland						
Norge	89	93	82	85	66	76
Vest-Europa, Nord-Amerika eller Australia	89	94	80	80	73	68
"Ikke-vestlig"	66	70	49	59	31	42
sign.	***	***	***	***	***	***

Kilde: HUBRO

Astma

Oslo hadde høyest astma-forekomst i 2000-2001, sammenlignet med tall fra 1998 og 1999 fra mange andre fylker. Astma var litt hyppigere blant kvinner enn blant menn. Etnisitet viste ingen sammenheng med astmahyppighet. Det var bare små forskjeller i astmahyppighet mellom regionene i Oslo, og det var ikke forskjeller mellom utdanningsgrupper for menn. Kvinner med høyskole/ universitet hadde sjeldnere astma enn kvinner med færre års utdanning. Det var en høyere andel med astma blant dem som ikke var i inntektsgivende arbeid.

I Oslo oppgav rundt 8% av mennene og vel 10% av kvinnene at de hadde eller hadde hatt astma (samlet for alle aldersgruppene som var med i helseundersøkelsen). Dette tallet for forekomst av astma tar altså med tilfeller av astma som man har hatt tidligere, og blitt frisk av. Likevel var det ingen særlig økning med alder, noe som skulle tilsi at det ikke oppstår så mange nye tilfeller i voksen alder (fig. 33).

Det samme spørsmålet om astma har blitt stilt til 40-42 åringer i 11 andre fylker i 1998-99.

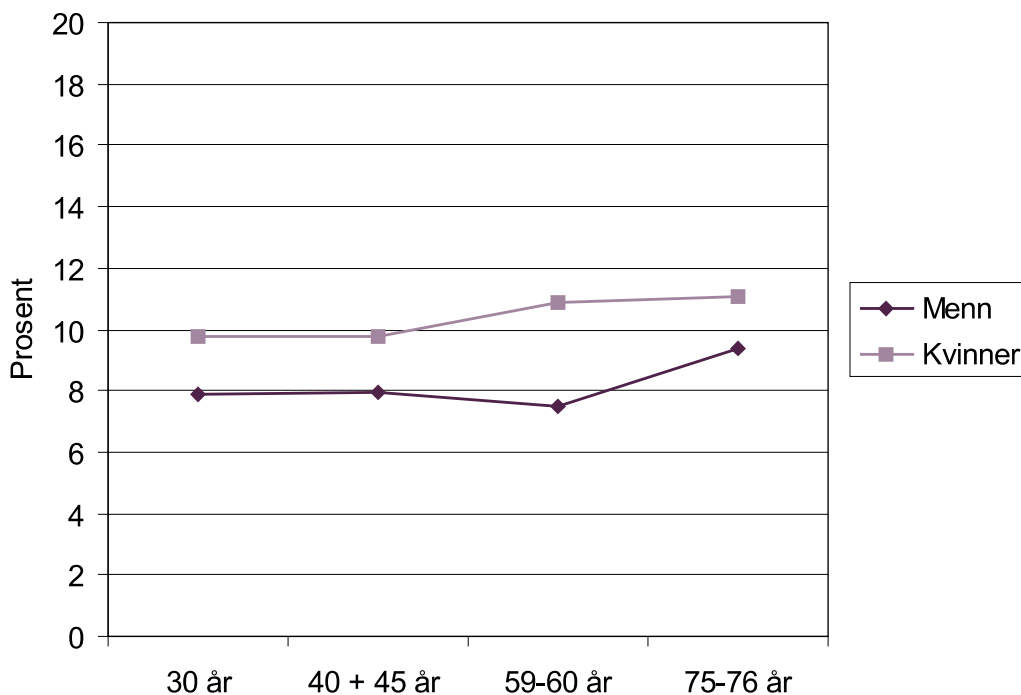
Tar vi ut 40-åringene fra vår Oslo-undersøkelse og sammenligner med de andre fylkene, var Oslo det fylket som hadde høyest forekomst av selvrapportert astma både blant menn (8%) og kvinner (9,5%). Sogn og Fjordane hadde lavest astmaforekomst blant de fylkene som hadde hatt helseundersøkelse i årene 1998 eller 1999. Astma var litt hyppigere blant kvinner enn blant menn i nesten alle fylker.

Tabell 9: Andel menn og kvinner 40-42 år som har eller har hatt astma i 12 fylker. Prosent

	År	Menn		År	Kvinner
Oslo (40 år)	2000	8,0	Oslo (40 år)	2000	9,5
Møre og Romsdal	1999	7,5	Buskerud	1999	8,8
Vest-Agder	1999	7,2	Østfold	1999	8,3
Oppland	1998	7,0	Vest-Agder	1999	7,7
Buskerud	1999	6,7	Aust-Agder	1998	7,7
Aust-Agder	1998	6,6	Møre og Romsdal	1999	7,2
Hordaland	1999	6,5	Oppland	1998	7,1
Sør-Trøndelag	1998	6,1	Sør-Trøndelag	1998	7,1
Østfold	1999	6,1	Hordaland	1999	6,5
Nordland	1998	5,9	Rogaland (40-43 år)	1998	6,4
Rogaland (40-43 år)	1998	5,7	Nordland	1998	6,3
Sogn og Fjordane	1999	5,5	Sogn og Fjordane	1999	5,4

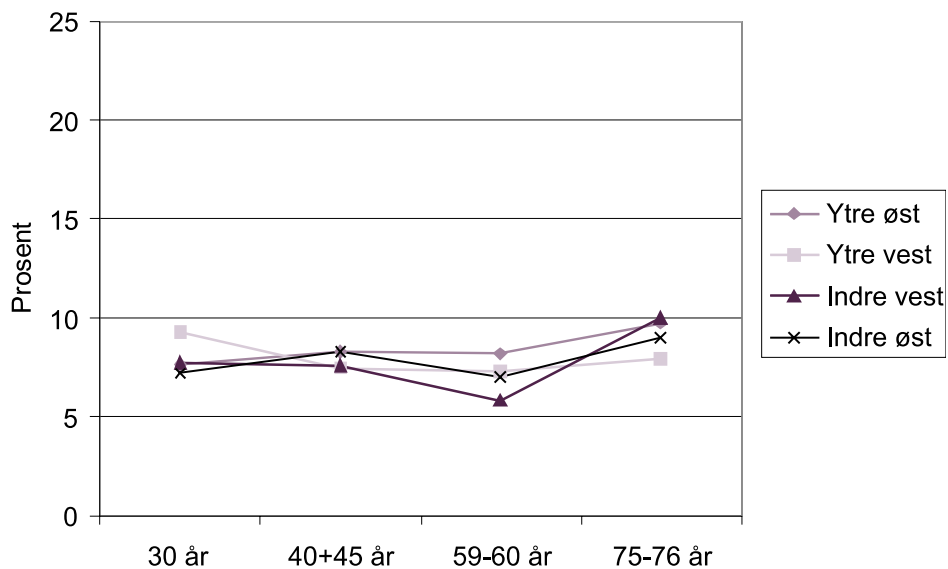
Kilde: Statens helseundersøkelser 2000

Forskjellene i utbredelsen av astma mellom bydeler og regioner var stort sett tilfeldige for menn. For kvinner over 40 år var det høyest hyppighet av astma i Indre øst (fig. 34-35). På samme måte var det ingen forskjeller etter utdanning for menn, mens det var lavest forekomst av astma blant kvinner med universitet/høgskole.

Figur 33: Andel personer som har eller har hatt astma. Oslo 2000-2001. Prosent

Kilde: HUBRO

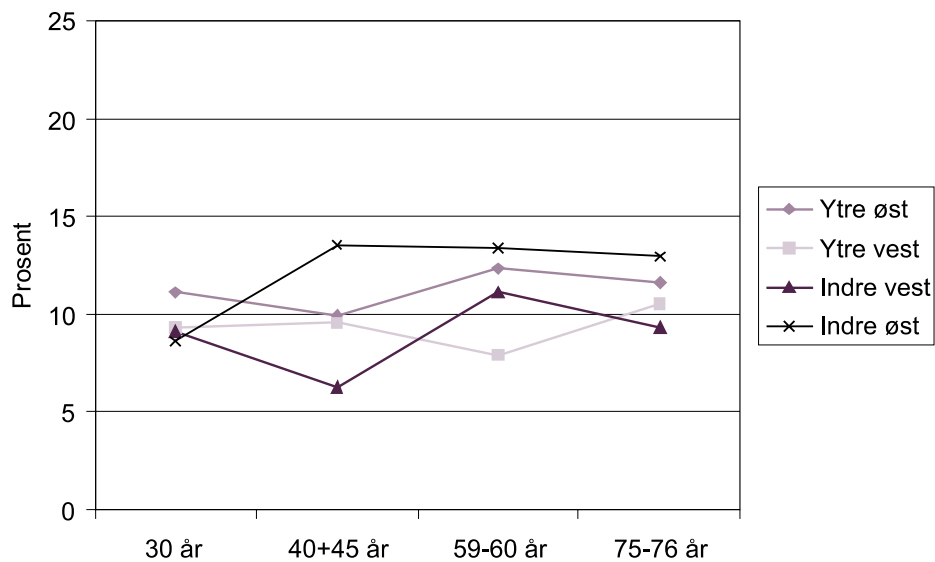
Figur 34: Andel menn som har eller har hatt astma. Oslo 2000-2001. Prosent



Forskjellene er ikke signifikante for noen av aldersgruppene.

Kilde: HUBRO

Figur 35: Andel kvinner som har eller har hatt astma. Oslo 2000-2001. Prosent



Signifikans: 30 år: ns 40+45 år: * 59-60 år: * 75-76 år: ns

Kilde: HUBRO

Både for menn og kvinner var det stort sett en høyere andel med astma blant dem som ikke var i inntektsgivende arbeid, og lavest andel med astma blant dem som arbeidet fulltid. Fra Rikstrygdeverket får vi opplyst at 1,4 % av uføretrygdete på landsbasis har astma som viktigste diagnose. Det ble ikke funnet noen signifikante forskjeller i astmahyppighet, verken etter sivilstatus eller fødeland i datamaterialet fra helseundersøkelsen i Oslo (tab. 10).

Tabell 10: Andel personer som har eller har hatt astma. Oslo 2000-2001. Prosent

	30 år		40 + 45 år		59-60 år	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
Alle	10	8	10	8	11	8
Utdanning						
Grunnskole	13	7	14	12	15	10
Videregående	14	9	9	9	11	7
Universitet/ høyskole	9	8	9	7	8	7
sign.	*	ns	*	ns	***	ns
Yrkesaktivitet						
Ikke i inntektsgivende arbeid	12	11	14	15	17	11
Arbeider deltid	7	9	12	6	9	8
Arbeider fulltid	10	8	8	7	8	6
sign.	***	ns	***	***	***	*
Sivil status						
Bor sammen med ektefelle/ samboer	9	8	10	7	10	7
Enslig, evt. med barn	11	7	10	10	13	8
sign.	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Fødeland						
Norge	10	8	10	8	11	7
Vest-Europa, Nord-Amerika eller Australia	10	8	8	8	9	8
"Ikke-vestlig"	7	8	9	8	15	10
sign.	ns	ns	ns	ns	ns	ns

Kilde: HUBRO

Diabetes

Andel personer med diabetes øker med alder, blant 40- og 45-åringene oppgav mindre enn 2% i Oslo at de hadde diabetes, mens det blant 59-60-åringene var 6% blant menn og 3% blant kvinner. Det var en vesentlig høyere andel med diabetes blant innvandrere i Oslo, og det var store geografiske forskjeller innen Oslo med høyere hyppighet i øst enn i vest. Oslo hadde høyere forekomst av diabetes blant 40-åringene enn andre fylker.

Utbredelsen av diabetes var, i motsetning til utbredelsen av astma, sterkt økende med alder (fig. 36). Kjønnforskjellene økte også med alder. Det ble spurt om man "har eller har hatt" diabetes (se nedenfor for definisjoner). Tallene viser nok likevel stort sett andel personer som har diabetes, fordi det er en sykdom som man vanligvis ikke blir helbredet for.

Spørsmålet som ble stilt i helseundersøkelsen i Oslo var:

“Har du eller har du hatt diabetes (sukkersyke)”

- ja
- nei

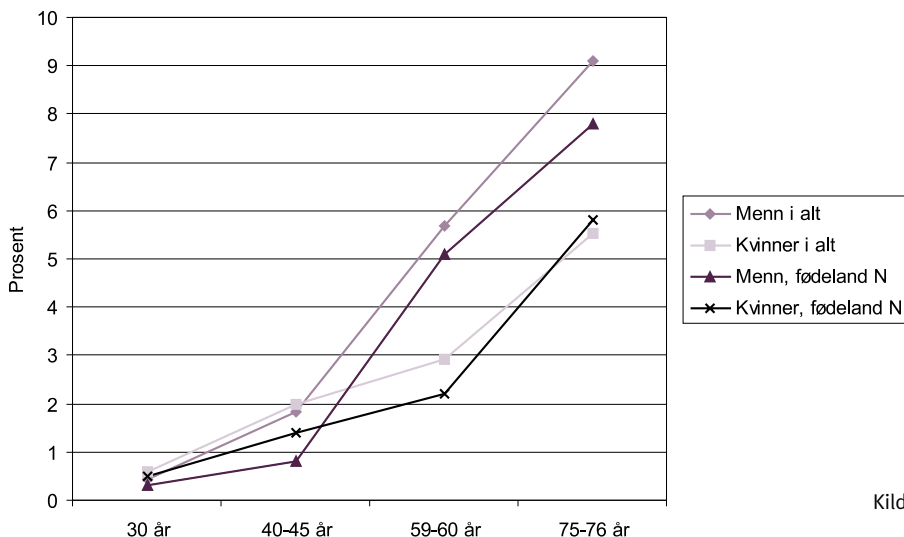
Det skilles ikke mellom ulike typer av diabetes i spørsmålet, og de fleste som krysset av for diabetes hadde sannsynligvis type 2 diabetes, fordi type 1 diabetes er relativt sjelden. Type 1 diabetes blir man ikke helbredet for, slik at hvis man har fått den som ung, vil man fortsatt ha den som 70-åring. Som regel blir man heller ikke helbredet for type 2 diabetes, som er den mest vanlige i eldre aldersgrupper. Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO) gir en samlet oversikt over ca forekomst av begge typer diabetes.

Tabell 11: Andel menn og kvinner 40-42 år som har eller har hatt diabetes i 12 fylker. Prosent

	År	Menn		År	Kvinner
Oslo (40 år)	2000	1,7	Oslo (40 år)	2000	1,7
Sogn og Fjordane	1999	1,2	Sogn og Fjordane	1999	1,3
Vest-Agder	1999	1,2	Rogaland (40-43 år)	1998	1,1
Rogaland (40-43 år)	1998	1,1	Oppland	1998	1,0
Nordland	1998	1,0	Aust-Agder	1998	1,0
Sør-Trøndelag	1998	1,0	Østfold	1999	1,0
Aust-Agder	1998	1,0	Hordaland	1999	1,0
Østfold	1999	1,0	Sør-Trøndelag	1998	0,8
Hordaland	1999	1,0	Nordland	1998	0,7
Buskerud	1999	1,0	Møre og Romsdal	1999	0,7
Møre og Romsdal	1999	0,9	Vest-Agder	1999	0,7
Oppland	1998	0,7	Buskerud	1999	0,6

Kilde: Statens helseundersøkelser 2000

Figur 36: Andel personer som har eller har hatt diabetes. Oslo 2000-2001. Prosent

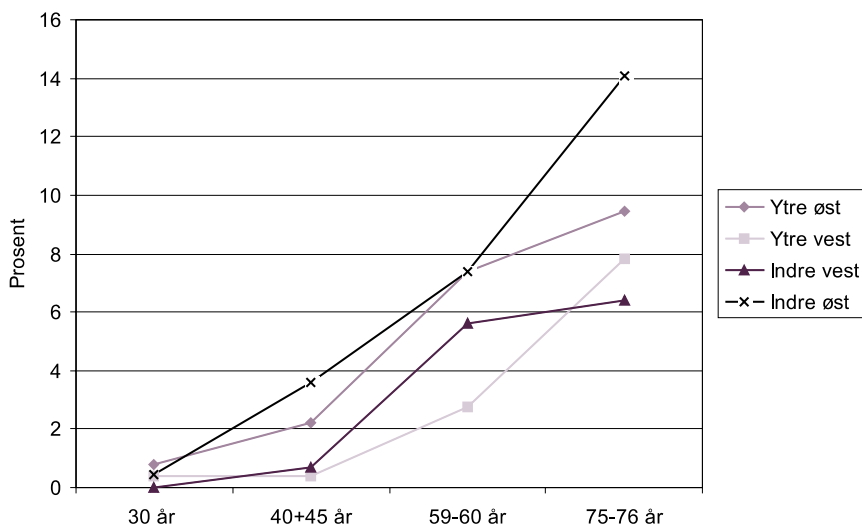


Kilde: HUBRO

Sammenligner vi med de andre fylkene som nylig hadde hatt helseundersøkelse, hadde Oslo høyest forekomst av diabetes blant 40-åringene, med 1,7% både blant kvinner og menn (tab.11). Hyppigheten av diabetes er høyere blant innvandrere enn blant nordmenn, slik at en høy hyppighet i Oslo vil ha sammenheng med en relativt stor innvandrerbefolkning (tab. 12). Dersom vi lager tall for norskfødte separat, får vi samme forekomst av diabetes blant menn som i Oppland, mens kvinner kommer på nivå med Sogn og Fjordane.

Forskjellene mellom bydeler er tydelige for kvinner 59-60 år. Ingen av kvinnene som kom til undersøkelsen på Vinderen, Lamberseter og Ekeberg-Bekkelaget hadde diabetes, mens det ble funnet 8% med diabetes på Grünerløkka og Gamle Oslo. I de midlere aldersgruppene medvirker den høye andelen innvandrere i østlige bydeler til høyere forekomst av diabetes. Blant de eldste er innvandrerandelen derimot meget meget beskjeden, og dermed blir også forskjellene mellom regionene små (fig. 37-38).

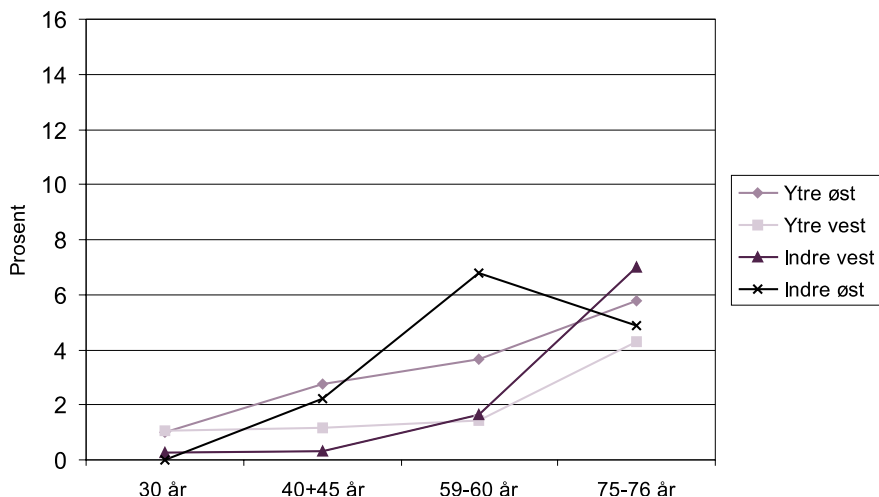
Figur 37: Andel menn som har eller har hatt diabetes. Oslo. 2000-2001. Prosent



Signifikans: 30 år: ns 40+45 år: *** 59-60 år: *** 75-76 år: ns

Kilde: HUBRO

Figur 38: Andel kvinner som har eller har hatt diabetes. Oslo. 2000-2001. Prosent



Signifikans: 30 år: ns 40+45 år: ** 59-60 år: *** 75-76 år: ns

Kilde: HUBRO

Tabell 12: Andel personer som har eller har hatt diabetes. Oslo 2000-2001. Prosent

	30 år		40 + 45 år		59-60 år	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
Alle	0	0	2	2	3	6
Utdanning						
Grunnskole	1	1	3	2	5	8
Videregående	2	0	3	2	2	5
Universitet/ høyskole	0	0	1	1	1	5
sign.	**	ns	***	*	***	*
Yrkesaktivitet						
Ikke i inntektsgivende arbeid	0	3	4	5	7	12
Arbeider deltid	1	1	2	2	2	7
Arbeider fulltid	1	0	1	1	1	4
sign.	*	***	***	***	***	***
Sivil status						
Bor sammen med ektefelle/ samboer	1	0	2	1	3	6
Enslig, evt. med barn	1	1	1	3	3	5
sign.	ns	ns	ns	ns	*	ns
Fødeland						
Norge	1	0	1	1	2	5
Vest-Europa, Nord-Amerika eller Australia	0	1	2	3	2	4
"Ikke-vestlig"	1	1	6	5	15	17
sign.	ns	ns	***	***	***	***

Kilde: HUBRO

Muskel- og skjelettplager

Det var vanligst for 60-åringer å være plaget av smerter eller stivhet i muskler og ledd, mens andelen som følte seg plaget var lavere både i yngre og eldre aldersgrupper. Dobbelt så mange kvinner som menn hadde slike plager. Det var store geografiske forskjeller innen Oslo, og en høyere andel av befolkningen hadde plager i øst enn i vest. Blant folk med grunnskoleutdanning var det flere som hadde slike plager enn blant folk med høyere utdanning. Muskel-skjelettplager var også mer utbredt blant innvandrere i Oslo. Det var store forskjeller mellom regionene i Oslo også for den delen av befolkningen som hadde norsk bakgrunn.

I motsetning til sykdommene hjerteinfarkt, hjerneslag og diabetes, der forekomsten økte bratt med økende alder, var dette først og fremst "de middelaldrendes" sykdom (fig. 39). Alt i alt var 9% av mennene og 19% av kvinnene (alle aldersgrupper) mye plaget av smerter/stivhet i muskler og ledd de siste 4 ukene.

Spørsmålet som ble stilt i helseundersøkelsen i Oslo var:

"Har du vært plaget med smerter og/eller stivhet i muskler og ledd i løpet av de siste 4 ukene?"

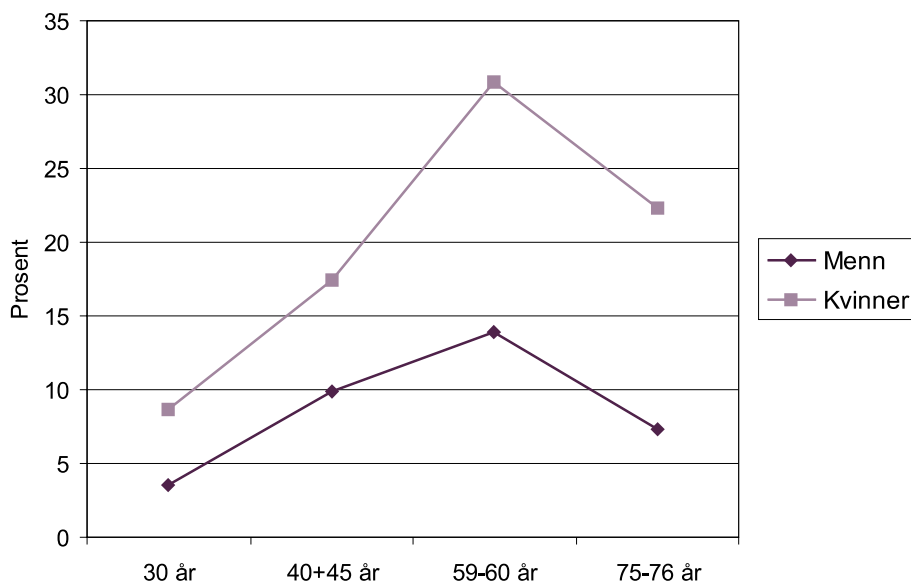
Man kunne krysse av på svaralternativene "Ikke plaget" (verdi 1) "En del plaget" (verdi 2) eller "Sterkt plaget" (verdi 3) av smerter i

Nakke/skuldre
Armer, hender
Øvre del av ryggen
Korsryggen
Hofter, ben, føtter
Andre steder

Svarverdiene fra hvert av spørsmålene ble summert, og dividert på antall svar, slik at en person som har svart 1 eller ikke plaget på alle spørsmål ville få en gjennomsnittlig verdi på $6:6=1$, mens en person som har svart 3 eller sterkt plaget på alle spørsmålene ville fått en gjennomsnittsverdi på $18:6=3$. Graden av smerter varierer dermed fra 1 til 3 for den enkelte. Vi har satt en grense på 2 eller over 2, og får med de 14% av dem som svarte som var mest plaget av smerter/ stivhet i muskler og ledd (9% av mennene og 19% av kvinnene). For å få verdien 2 i gjennomsnitt, kunne man for eksempel ha krysset av for en del plaget på alle 6 spørsmålene eller man kunne ha krysset av for sterkt plaget på 4 av 6 spørsmål. (Mange andre kombinasjoner av svar kan også gi et gjennomsnitt på 2).

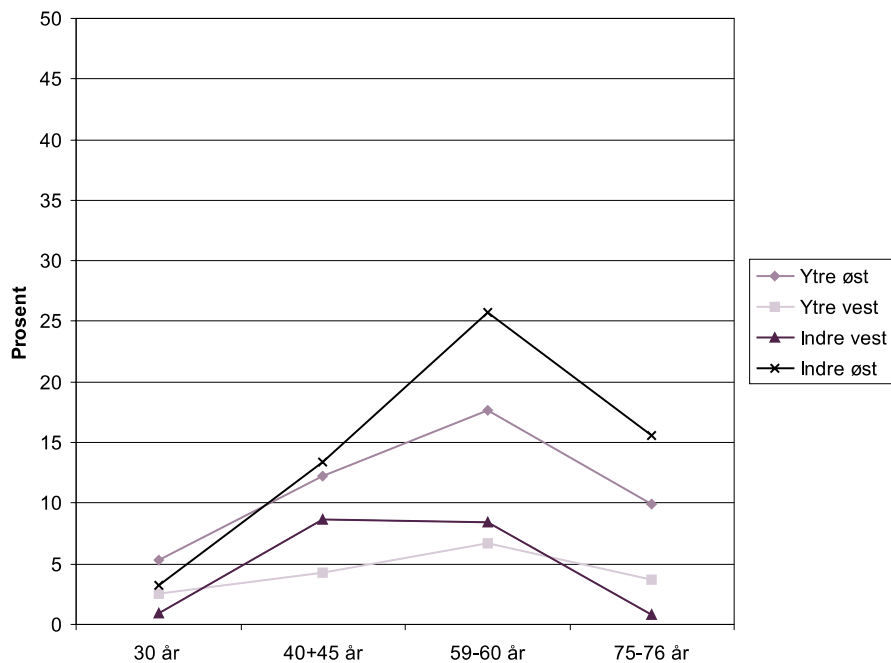
Det var høyest andel som var mye plaget av smerter i muskler og ledd i østlige og lavest i vestlige bydel og regioner (fig. 40 og 41). I Indre øst var nesten annenhver kvinne på 60 år plaget av slike smerter, og en av fire menn. Det var også sterke sammenhenger med både utdanningsnivå og fødeland (tab. 13). Det var tilsvarende tydelige forskjeller mellom regionene. For menn på 59-60 år varierte andelen som var plaget av smerter fra over 30% på Sagene-Torshov og Lambertseter ned til 3% på Vinderen og Grefsen-Kjelsås. For kvinner på 59-60 år var nesten 50% mye plaget i bydelene Grünerløkka-Sofienberg, Sagene-Torshov og Romsås, mens 8 andre bydeler hadde en andel på ca 20% med slike smerter. Dette gjaldt Grefsen-Kjelsås, Sogn, Bygdøy-Frogner, Uranienborg-Majorstua, St.Hanshaugen-Ullevål, Ekeberg-Bekkelaget, Vinderen og Ullern.

Figur 39: Andel personer som er mye plaget av smerter/stivhet i muskler og ledd. Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: HUBRO

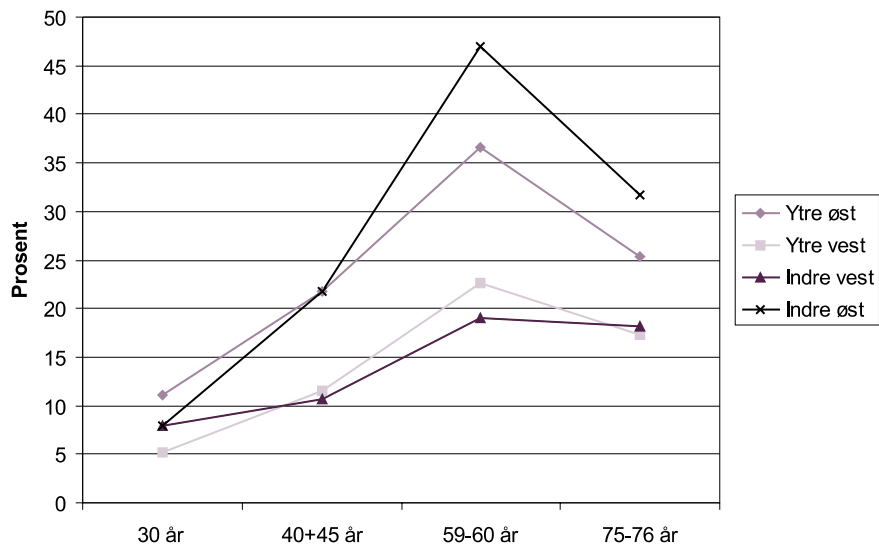
Figur 40: Andel menn som er mye plaget av smerter/stivhet i muskler og ledd. Oslo 2000-2001. Prosent



Signifikans: 30 år: **, 40+45 år, 59-60 år og 75-76 år:***

Kilde: HUBRO

Figur 41: Andel kvinner som er mye plaget av smerter/stivhet i muskler og ledd. Oslo 2000-2001. Prosent



Signifikans: 30 år: *, 40+45 år, 59-60 år og 75-76 år***

Kilde: HUBRO

**Tabell 13: Andel personer som er mye plaget av smerter/ stivhet i muskler og ledd.
Oslo 2000-2001. Prosent**

	30 år		40 + 45 år		59-60 år	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
Alle	9	4	18	10	31	14
Utdanning						
Grunnskole	20	2	38	19	40	25
Videregående	14	9	22	14	33	17
Universitet/ høyskole	7	2	13	7	23	7
sign.	***	***	***	***	***	***
Yrkesaktivitet						
Ikke i inntektsgivende arbeid	15	10	39	27	50	35
Arbeider deltid	12	5	14	19	30	17
Arbeider fulltid	7	3	13	7	20	8
sign.	***	***	***	***	***	***
Sivil status						
Bor sammen med ektefelle/ samboer	8	4	16	9	30	13
Bor ikke sammen med ektefelle/ samboer	8	3	26	11	36	17
sign.	ns	ns	***	ns	ns	ns
Fødeland						
Norge	6	2	14	6	30	12
Vest-Europa, Nord-Amerika eller Australia	10	2	11	6	23	13
"Ikke-vestlig"	23	16	42	30	54	40
sign.	***	***	***	***	***	***

Kilde: HUBRO

Psykisk helse

Tall fra Helseundersøkelsene i Oslo og Nord-Trøndelag viser en høyere andel med symptomer på psykiske problemer i Oslo enn i Trøndelag både blant kvinner og menn. Menn hadde mest symptomer på slike plager i 40-årsalderen, mens kvinner hadde mer plager i 60-årsalderen. Forskjellene mellom grupper av fødeland, utdanningsgrupper og regioner i Oslo ligner på forskjellene som ble beskrevet for muskel- og ledd smerter. Uttalte øst-vestforskjeller innen Oslo påvirkes i noen grad av en høy andel innvandrere i østlige bydeler. Også for den delen av befolkningen som har Norge som fødeland, var det imidlertid en høyere andel med psykiske plager i østlige enn i vestlige regioner.

I helseundersøkelsen i Oslo ble symptomer på psykiske problemer kartlagt med et instrument bestående av 10 spørsmål. På grunnlag av dette kan man lage gjennomsnittsverdier for psykisk helse, og finne ut hvor mange som får verdier over et visst nivå. Det nivået vi bruker her, gir et anslag over hvor stor andel av befolkningen som har psykiske problemer (se egen beskrivelse nedenfor).

Instrumentet på 10 spørsmål som ble stilt i spørreskjema (selvutfylling – ikke intervju), er en kortform av et større spørsmålsbatteri SCL-25 (Hopkins Symptom Check List). SCL-25 regnes for å være et spørreskjema som måler angst og depresjon forholdsvis godt. Det skulle settes ett kryss for hvert delspørsmål, og svaralternativene var "ikke plaget", "litt plaget", "ganske mye plaget" eller "veldig mye plaget":

Spørsmålet lød:

"Under finner du en liste over ulike problemer. Har du opplevd noe av dette den siste uken (til og med i dag)? "

Plutselig frykt uten grunn
Føler deg redd eller engstelig
Matthet eller svimmelhet
Føler du deg anspent eller oppjaget
Lett for å klandre deg selv
Søvnproblemer
Nedtrykt, tungsindig
Følelse av å være unyttig, lite verd
Følelse av at alt er et slit
Følelse av håpløshet mht. framtida

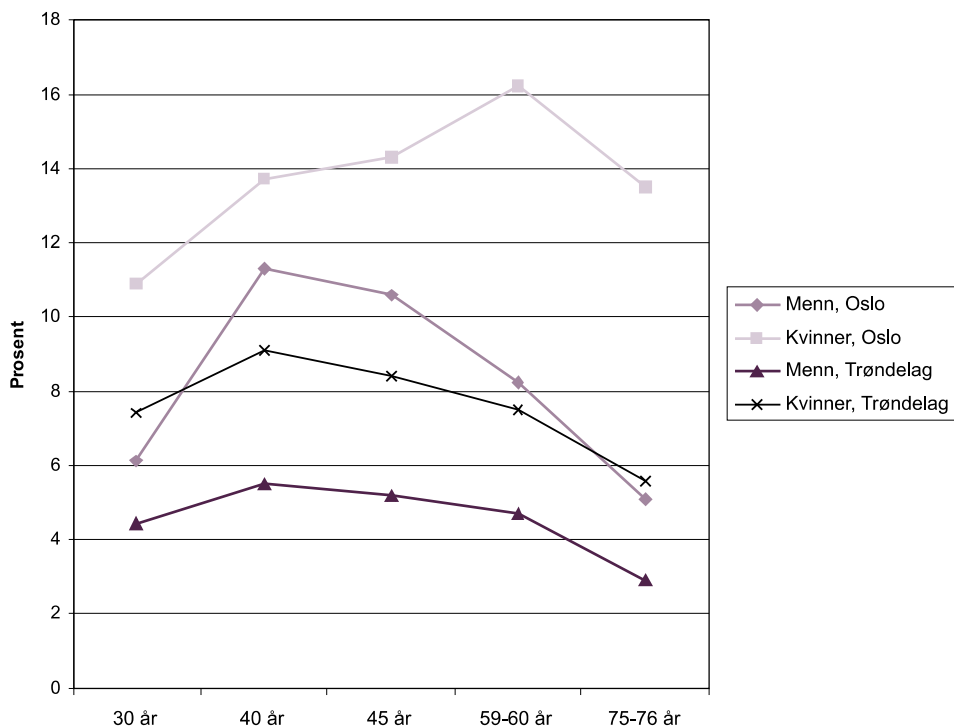
Svarverdiene ble summert og dividert på antall svar, slik at en person som hadde svart 1 (ikke plaget) på alle spørsmålene ville få gjennomsnittlig verdi på $10:10=1$, mens en som hadde svart 4 (veldig mye plaget) på alle, ville få $40:10=4$ i gjennomsnitt. For SCL-10 har det blitt anslått at de som får en gjennomsnittsverdi på 1,85 eller høyere har symptomer på psykiske problemer (Strand m.fl. 2002). Instrumentet måler særlig symptomer på angst og depresjon. I helseundersøkelsen i Oslo hadde, samlet sett, 8% av mennene og 14% av kvinnene verdier på 1,85 eller mer.

Materialet fra Nord-Trøndelag (HUNT II) fra 1995-97 ble tilrettelagt av Kristian Tambs, Folkehelse (siden 1.1.02: Nasjonalt folkehelseinstitutt). Aldersgruppene som ble brukt for å kunne sammenligne med helseundersøkelsen i Oslo var 28-32 år, 38-42 år, 43-47 år, 57-62 år og 73-78 år.

NB: I helseundersøkelsen i Oslo spurte man om symptomer den siste uken, som brukes i den originale SCL 25. I Nord-Trøndelag brukte man derimot symptomer siste 14 dager.

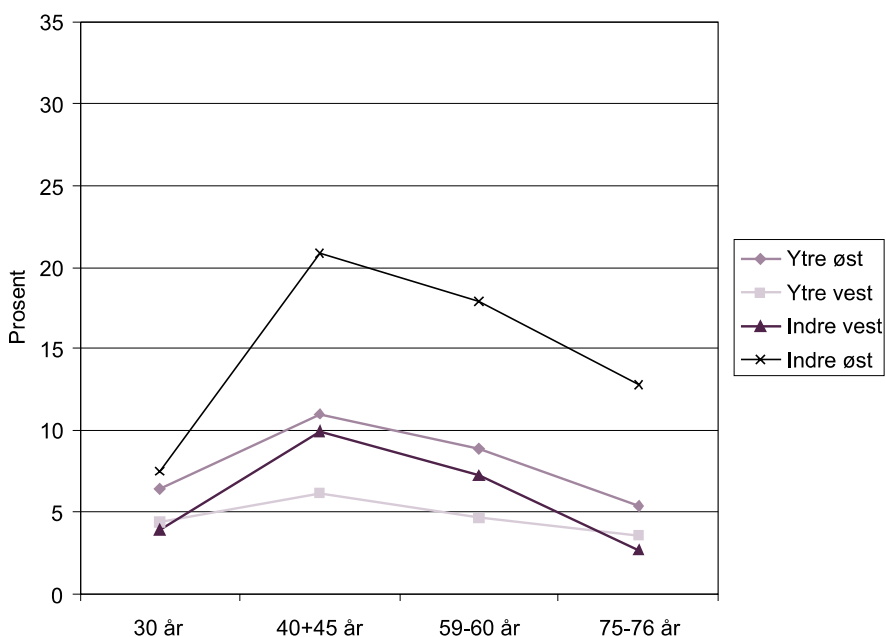
Symptomer på psykiske problemer økte med alderen blant kvinner fram til 60-årsalderen, men 75-åringene hadde mindre slike problemer enn 60-åringene. Menn hadde mindre psykiske problemer enn kvinner. Symptomene var mest utbredt blant menn i 40-årsalderen, deretter var det en synkende andel som var plaget (fig. 42-44). I figur 42 er det gjort sammenligninger med et materiale fra Nord-Trøndelag, der de samme 10 spørsmålene om psykisk helse ble brukt. I Trøndelag spurte man imidlertid om symptomer siste 14 dager, mens man i Oslo spurte om siste uke. Både blant kvinner og menn var det en høyere andel som hadde symptomer på psykiske problemer i Oslo enn i Nord-Trøndelag. Andelen med slike symptomer var dobbelt så høy i Oslo som i Trøndelag – både for 40-årige menn og de eldste kvinnene. Det er vanskelig å tolke forskjellene. Kanskje er det et storbyfenomen at så mange sliter med symptomer på angst og depresjon, men også i Nord-Trøndelag er det byer og tettsteder som Levanger, Steinkjer og Namsos. Det at undersøkelsen i Nord-Trøndelag foregikk 4-5 år tidligere, kan være av betydning. I disse årene har det vært en tiltakende åpenhet om psykiske problemer, slik at terskelen for å opplyse om slikt kan ha blitt senket.

Figur 42: Andel personer med symptomer på psykiske problemer i Oslo (2000-2001) og Nord-Trøndelag (1995-97). Prosent



Kilde: HUBRO og HUNT

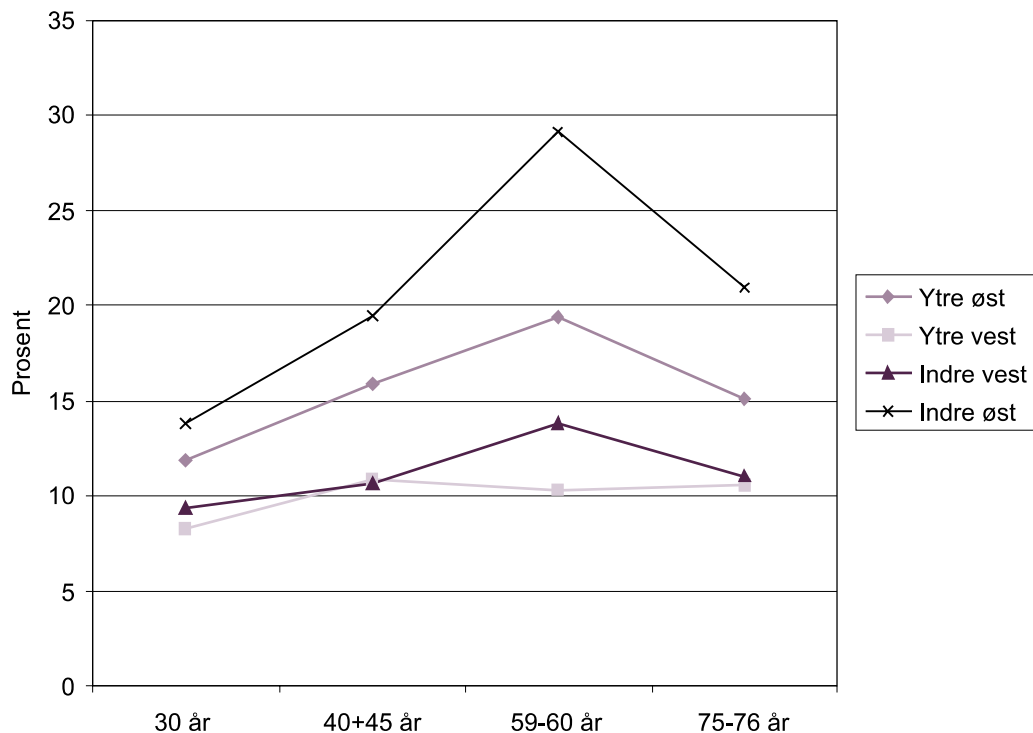
Figur 43: Andel menn med symptomer på psykiske problemer. Oslo 2000-2001. Prosent



Signifikans: 30 år: ns 40+45 år: *** 59-60 år: *** 75-76 år: ***

Kilde: HUBRO

Figur 44: Andel kvinner med symptomer på psykiske problemer. Oslo 2000-2001. Prosent



Signifikans: 30 år: ns 40+45 år: *** 59-60 år: *** 75-76 år: ***

Kilde: HUBRO

En høy andel innvandrere i Oslo medvirker også trolig til forskjellene mellom Oslo og Trøndelag. Innvandrere fra ikke-vestlige land hadde en høyere andel med symptomer på psykiske problemer enn andre innvandrere og høyere enn norskfødte (tab. 14). Uten disse innvandrergruppene blir forskjellene mellom Oslo og Nord-Trøndelag mindre, men de er likevel betydelige.

Tabell 14: Andel personer med symptomer på psykiske problemer. Oslo 2000-01, Nord-Trøndelag (1995-97) og Akershus (1990-91 og 1993-94). Prosent

	30 år		40 år		45 år		59-60 år		75-76 år	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
Oslo	11	6	14	11	14	11	16	8	13	5
Oslo - vestlige fødeland*	10	5	12	8	12	9	15	7	13	5
Trøndelag	7	4	9	6	8	5	8	5	6	3
Akershus			18	9						

* Norge, Vest-Europa, Nord-Amerika eller Australia

Kilde: HUBRO, HUNT og Hjemmen (Akershus)

Fra Akershus finnes relativt sammenlignbare tall for 40-åringene fra første halvdel av 1990-tallet. Her hadde 9% av mennene og 18% av kvinnene symptomer på psykiske problemer (tab. 14, Hjemmen, 1997). Blant "våre" 40-åringene i Oslo hadde 12% av mennene og 14% av kvinnene slike symptomer.

Akershus plasserer seg dermed mer på nivå med Oslo, og med en høyere andel med symptomer på psykiske problemer enn Nord-Trøndelag.

På regionnivå tegnet det seg et klart mønster med en høy andel med psykiske problemer (symptomer) i Indre øst og lav andel i Ytre vest (fig. 43-44). Bare blant 30-åringene var forskjellene små og ikke signifikante. Det er også verd å merke seg de betydelige aldersforskjellene for menn og kvinner i Indre øst, i motsetning til de flatere kurvene for menn og kvinner i Ytre vest. Forskjellene mellom regionene reduseres noe dersom vi utelater innvandrerguppen fra datamaterialet, men tydelige og statistisk signifikante forskjeller består. Det var også forskjeller i utbredelsen av psykiske symptomer mellom bydelene.

Symptomer på psykiske problemer varierte ellers med utdanning og grad av yrkesaktivitet, slik at de med høyere utdanning og de som arbeidet fulltid hadde minst symptomer (tab. 15). Enslige hadde en høyere andel slike symptomer enn gifte/samboende.

Som nevnt var det også større utbredelse av psykiske symptomer blant innvandrere fra såkalt "ikke-vestlige" land. I avsnittet om generell egen vurdering av helse, nevnte vi muligheten for at innvandrere fra disse landene kan ha en annen kultur eller en annen referanseramme for å fortelle om egen helse eller helseproblemer. Kan det være noe av det samme som fremtrer for rapportering av psykiske problemer? Dette er det umulig å si noe om, ikke minst fordi gruppen innvandrere fra "ikke-vestlige" land er svært sammensatt og består av mennesker fra mange forskjellige land og kontinenter. Likevel kan det være viktig å være oppmerksom på muligheten for at andre faktorer enn sykdom kan påvirke resultatene og sammenligningen.

Tabell 15: Andel personer med symptomer på psykiske problemer. Oslo 2000-2001. Prosent

	30 år		40 + 45 år		59-60 år	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
Alle	11	6	14	11	16	9
Utdanning						
Grunnskole	19	9	25	19	26	13
Videregående	15	11	18	14	15	9
Universitet/ høyskole	10	5	11	9	11	6
sign.	***	***	***	***	***	***
Yrkesaktivitet						
Ikke i inntektsgivende arbeid	22	27	33	42	30	21
Arbeider deltid	12	14	12	25	11	11
Arbeider fulltid	8	4	10	7	11	4
sign.	***	***	***	***	***	***
Sivil status						
Bor sammen med ektefelle/ samboer	9	4	11	8	13	7
Enslig, evt. med barn	12	10	27	19	25	22
sign.	ns	*	***	***	***	***
Fødeland						
Norge	10	5	12	9	16	7
Vest-Europa, Nord-Amerika eller Australia	11	6	15	10	9	6
"Ikke-vestlig"	19	19	27	24	42	22
sign.	***	***	***	***	***	***

Kilde: HUBRO

Bruk av helsetjenester

Psykolog/ psykiater

Det var 40-åringene som oftest hadde vært hos psykolog eller psykiater. Dette gjaldt både menn og kvinner, selv om det var kvinner i 60-årsalderen som oftest hadde symptomer på psykiske plager. Det var en høyere andel i Indre vest og Indre øst som hadde vært hos psykolog/ psykiater enn i de ytre regionene.

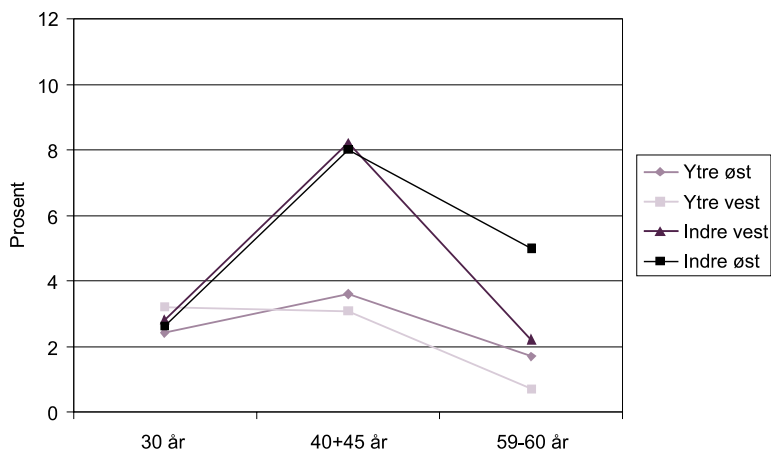
Dobbelt så mange kvinner som menn hadde vært regelmessig hos psykolog eller psykiater, 6% av kvinnene og 3% av mennene hadde hatt 4 eller flere besøk siste år. Det var ikke like vanlig å ha bare 1-3 besøk i året, dette gjaldt for 3% av kvinnene og 2% av mennene.

Blant dem som hadde hatt mer behandling enn bare et sporadisk besøk (4 ganger eller mer), var 40-åringene sterkest representert (fig. 45-46). Menn i denne alderen hadde også oftere symptomer på psykiske problemer. Blant kvinnene var det derimot 60-åringene som oftest hadde symptomer på psykiske problemer, mens det var 40-åringene som brukte psykolog/ psykiater mest.

Hvor mange ganger de siste 12 måneder har du selv brukt
Psykolog eller psykiater (privat eller på poliklinikk)
ingen
1-3 ganger
4 eller flere

Blant personer på 40 og 60 år var det vanligere å bruke psykolog/ psykiater i indre bydeler og regioner enn i ytre (fig. 45-46). Det var ikke forskjeller i bruk av psykolog/ psykiater i grupper for utdanning, verken for menn eller kvinner. Både for menn og kvinner var det vanligere å gå regelmessig til psykolog blant dem som ikke hadde inntektsgivende arbeid. Blant menn i 40-årsalderen med ikke-vestlig bakgrunn hadde 7% vært regelmessig hos psykolog/ psykiater siste år. Det samme gjaldt 4% av menn med norsk bakgrunn. Det var ikke forskjell på norskfødte kvinner og kvinner med ikke-vestlig bakgrunn i regelmessig bruk av psykolog/ psykiater.

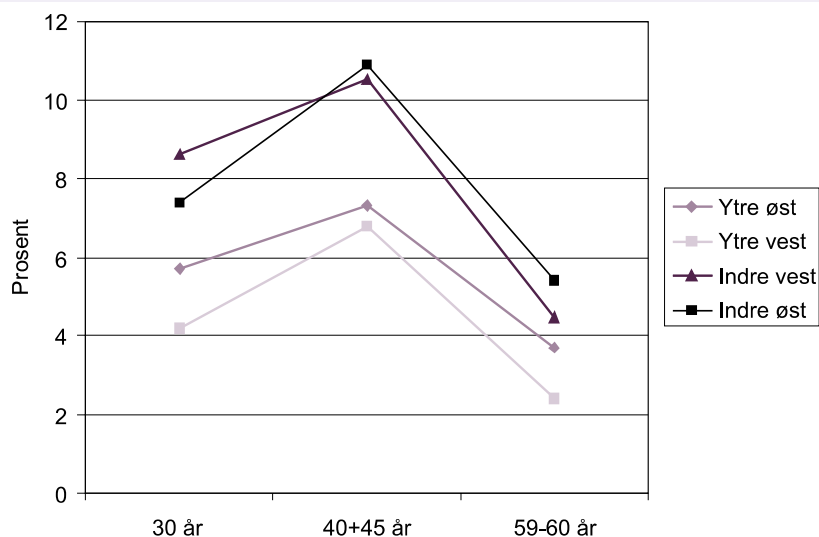
Figur 45: Andel menn som brukte psykolog/ psykiater 4 ganger eller mer siste år. Regioner i Oslo 2000-2001. Prosent



Signifikans: 30 år: ns 40+45 år: *** 59-60 år: *

Kilde: HUBRO

Figur 46: Andel kvinner som brukte psykolog/ psykiater 4 ganger eller mer siste år. Regioner i Oslo 2000-2001. Prosent



Signifikans: 30 år: ns 40+45 år: ns 59-60 år: ns

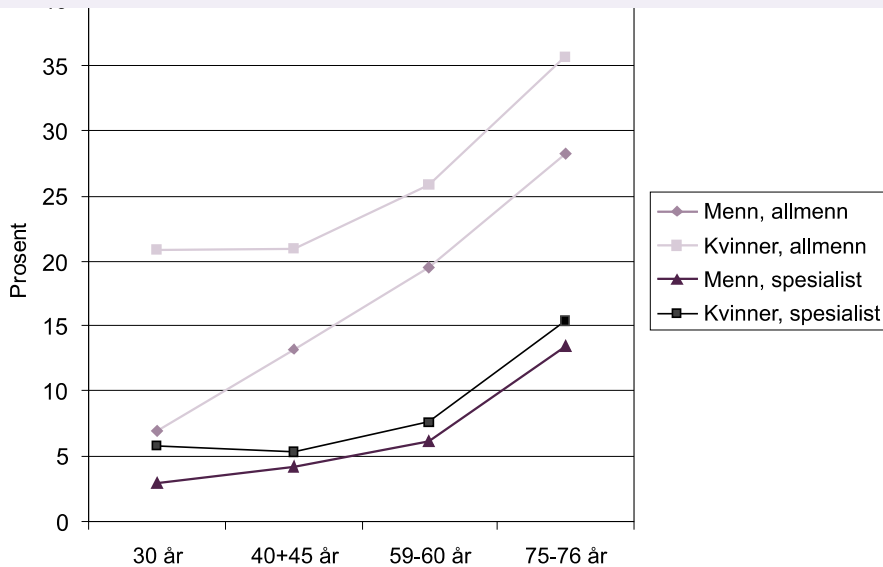
Kilde: HUBRO

Bruk av legetjenester

En høyere andel kvinner enn menn hadde vært flere ganger hos allmennlege siste år, men det var lite kjønnsforskjeller i bruken av legevakt. Folk i østlige regioner i Oslo brukte allmennlege og legevakt mer enn i vestlige regioner. Innvandrere i Oslo brukte allmennlege mer enn dem med norsk bakgrunn, men det var tydelige forskjeller mellom regionene også for den delen av befolkningen som hadde norsk bakgrunn. Menn og kvinner med høyere utdanning hadde mindre bruk av allmennlege enn dem med færre års utdanning.

Flere kvinner enn menn hadde vært hos allmennlege 4 ganger eller mer siste år. Det var mindre kjønnsforskjeller på bruk av spesialist (fig. 47). Bruken av allmennlege økte mer med alder enn bruken av spesialister.

Figur 47: Andel menn og kvinner som var 4 ganger eller mer hos allmennlege eller hos spesialist* siste år. Oslo 2000-2001. Prosent



* Psykiater er her ikke medregnet som spesialist, men ble spurt om separat. I aldersgruppen 75-76 år ble det bare spurt om spesialist, og ikke om bruk av psykiater.

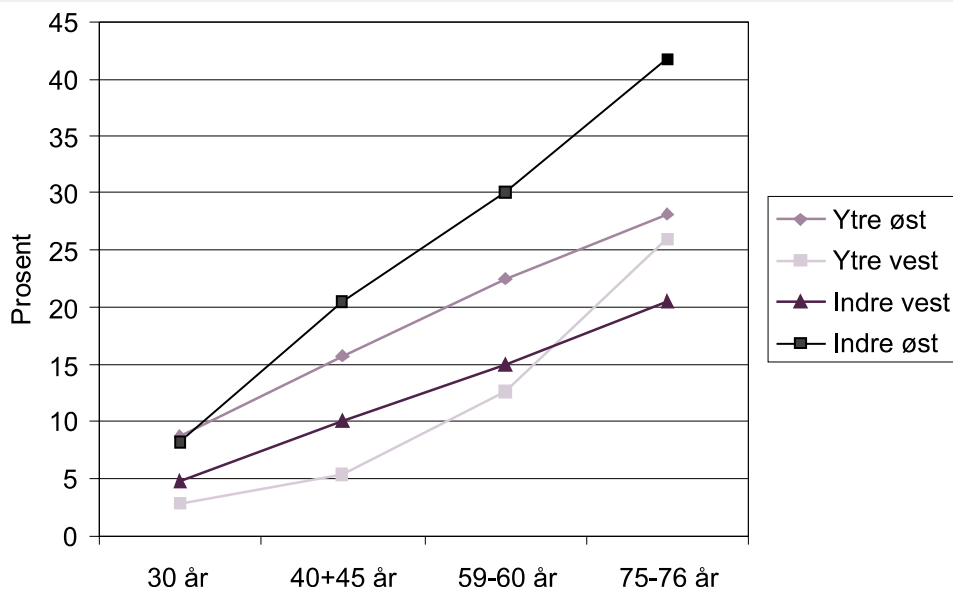
Kilde: HUBRO

Hyppig bruk av allmennlege var vanligere i østlige enn i vestlige regioner. I Indre øst hadde hhv. 30 og 35% av menn og kvinner på 60 år vært 4 ganger eller mer hos allmennlege siste år, mot 13 og 21% av menn og kvinner i Ytre vest (fig. 48-49). Det var også relativt store forskjeller i legebruken etter utdanningsnivå, grad av yrkesaktivitet og fødeland som vist i tabell 16. Det var imidlertid det samme mønster av tydelige forskjeller mellom regionene også uten gruppen ikke-vestlige innvandrere. Uten innvandrere fra disse landene varierte hyppig legebruk for menn i 40-årene mellom 15% i Indre øst og 4% i Ytre vest. Tilsvarende for kvinner i samme alder hadde 26% vært ofte hos legen i Indre øst og 15% i Ytre vest.

19% hadde vært minst én gang på legevakten i løpet av siste året, bare 1% hadde vært der 4 ganger eller mer. Det var lite forskjeller i bruken av legevakt etter alder og kjønn. Ytre vest hadde minst bruk av legevakt, mens østlige regioner brukte legevakten mer. Blant menn i 60-årsalderen hadde 13% brukt legevakten i Ytre vest og 32% i Indre øst.

Hyppig bruk av spesialist var vanligere blant menn i 40-årene i Indre øst enn i Ytre vest. Det var ellers ikke forskjeller i spesialistbruken mellom regionene. I tillegg til bruk av allmennlege, legevakt og spesialist hadde 20 - 30% vært hos bedriftslege siste året, flere i eldre aldersgrupper enn i yngre. Svært få hadde vært mer enn én gang hos bedriftslegen siste år.

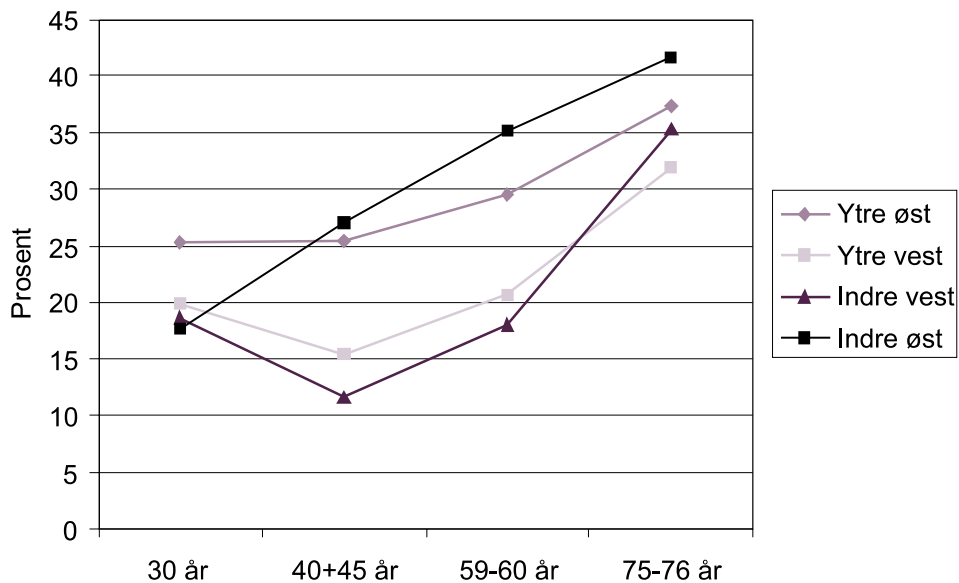
Figur 48: Andel menn som brukte allmennlege 4 ganger eller mer siste år. Regioner i Oslo 2000-2001. Prosent



Signifikans: 30 år: ** 40+45 år: *** 59-60 år: *** 75-76 år: **

Kilde: HUBRO

Figur 49: Andel kvinner som brukte allmennlege 4 ganger eller mer siste år. Regioner i Oslo 2000-2001. Prosent



Signifikans: 30 år: ** 40+45 år: *** 59-60 år: *** 75-76 år: ns

Kilde: HUBRO

Tabell 16: Andel personer som brukte allmennlege 4 ganger eller mer siste år. Oslo 2000-2001. Prosent

	30 år		40 + 45 år		59-60 år	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
Alle, Oslo	21	7	21	13	26	19
Utdanning						
Grunnskole	23	9	36	25	36	28
Videregående	23	13	28	17	25	23
Universitet/ høyskole	21	6	16	10	20	13
sign.	ns	***	***	***	***	***
Yrkesaktivitet						
Ikke i inntektsgivende arbeid	28	18	38	36	37	38
Arbeider deltid	25	13	19	20	26	31
Arbeider fulltid	18	6	17	10	19	12
sign.	***	***	***	***	***	***
Sivil status						
Bor sammen med ektefelle/ samboer	23	7	19	12	25	18
Enslig, evt. med barn	15	8	31	19	31	36
sign.	*	ns	***	ns	ns	*
Fødeland						
Norge	21	6	19	10	25	17
Vest-Europa, Nord-Amerika eller Australia	17	7	16	10	15	18
"Ikke-vestlig"	24	16	36	29	46	38
sign.	ns	***	***	***	***	***

Kilde: HUBRO

Tilfredshet med legen

I yngre aldersgrupper var kvinner mer fornøyd med legen sin enn menn. Det var svært få som oppgav at de ikke var fornøyd med siste legebesøk, men andelen var litt høyere blant 30-åringene enn i eldre aldersgrupper. Blant innvandrere i Oslo i 40- og 60-årsalderen var det færre som uttrykte at de var svært fornøyd med siste legebesøk enn blant dem med norsk bakgrunn. Vel halvparten av dem med innvandrerbakgrunn trengte ikke hjelp til oversettelse når de var hos legen. 30% svarte at de ikke fikk hjelp til oversettelse.

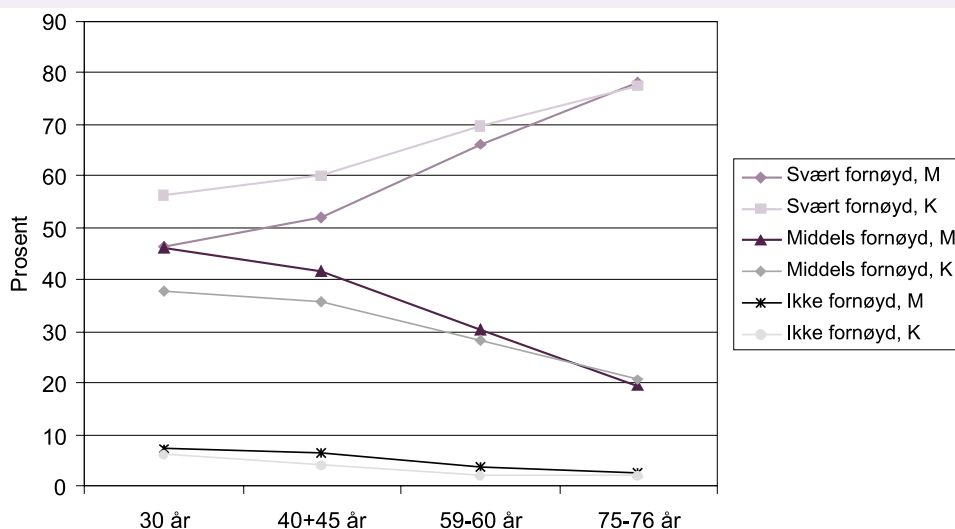
Andelen som var svært fornøyd med legen sin økte med alder (fig. 50). I den eldste aldersgruppen var 78% av både menn og kvinner svært fornøyd. Spørsmålet gjaldt legebesøk utenom sykehus/ poliklinikk. Blant de yngre var kvinner mer fornøyd enn menn.

Andelen misfornøyd var lav, bare 4% av alle oppgav at de ikke var fornøyd med siste legebesøk. Det var små kjønnsforskjeller på misnøye.

I de vestlige regionene var folk mer fornøyd med legen enn i østlige, men forskjellene er små. Det var ikke nevneverdig forskjell på tilfredshet med legen i de ulike utdanningsgruppene (tab. 17).

Yrkesaktive kvinner og menn i 40-årene var mer fornøyd med legen enn dem som ikke var i inntektsgivende arbeid, men det var ingen slik sammenheng i andre aldersgrupper. Folk var vanligvis mer fornøyd med spesialisten enn med allmennlegen, særlig blant de yngre (30- og 40-åringer).

Figur 50: Andel kvinner og menn som var mer eller mindre fornøyd med siste legebesøk. Oslo 2000-2001. Prosent



Signifikans: 30 år: ns 40+45 år:** 59-60 år: ns 75-76 år: ns

Kilde: HUBRO

Tabell 17: Andel personer som var svært fornøyd med siste legebesøk. Oslo 2000-2001. Prosent

	30 år		40 + 45 år		59-60 år	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
Alle	56	47	60	52	70	66
Utdanning						
Grunnskole	63	50	57	56	70	70
Videregående	58	48	59	52	70	65
Universitet/ høyskole	56	46	61	52	70	66
sign.	ns	ns	**	ns	ns	ns
Yrkesaktivitet						
Ikke i inntektsgivende arbeid	54	49	53	42	69	64
Arbeider deltid	56	51	65	38	71	68
Arbeider fulltid	57	46	60	54	70	67
sign.	ns	ns	***	***	ns	ns
Sivil status						
Bor sammen med ektefelle/ samboer	57	45	59	53	71	68
Enslig, evt. med barn	56	46	57	60	72	60
sign.	ns	ns	ns	ns	ns	*
Fødeland						
Norge	57	47	62	55	70	69
Vest-Europa, Nord-Amerika eller						
Australia	58	49	61	47	70	61
"Ikke-vestlig"	49	40	39	35	48	44
sign.	ns	ns	***	***	*	***

Kilde: HUBRO

Norskfødte og folk fra andre "vestlige" kulturer var mer fornøyde med legen enn dem som kom fra andre verdensdeler og land. Selv om inndelingen er svært grov, er disse forskjellene interessante og tyder kanskje på visse problemer med kommunikasjon mellom lege og innvandrerpatient. Dette kan gjelde konkrete språkproblemer eller kulturelle forskjeller som gjør det vanskelig å oppnå adekvat behandling for helseproblemene. Men forskjellene kan også skyldes ulik forståelse av spørsmålet om tilfredshet - og hva man legger i ordet "fornøyd".

I Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO) ble det stilt noen spørsmål som skulle belyse nettopp innvandre- res spesielle problemer med helsetjenesten. Personer med innvandrerbakgrunn ble spurt om de fikk hjelp til oversettelse ved legebesøk, og om de mente at de i Norge hadde fått de helsetjenestene de hadde behov for. Svarene for alle aldersgrupper samlet fordelte seg slik som vist i figurene 51 og 52.

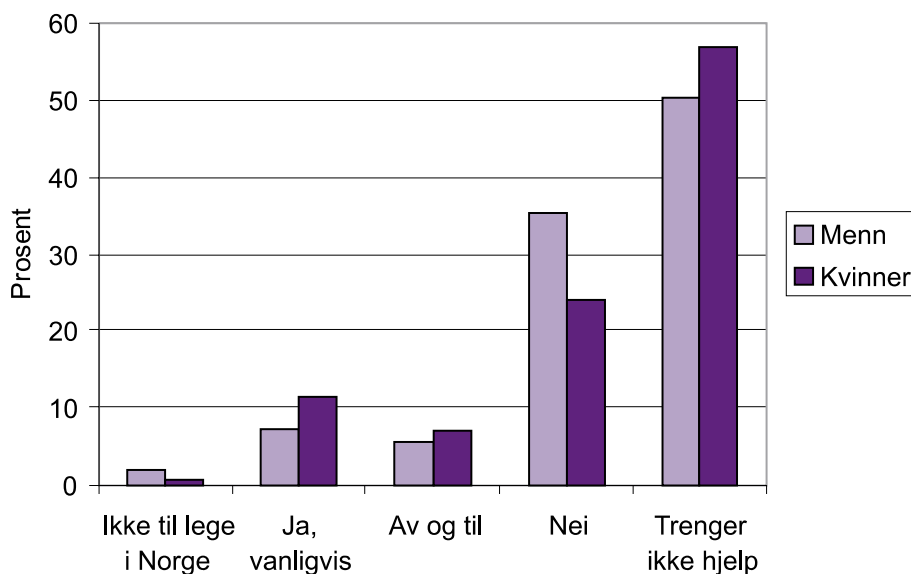
De som selv mente at de hadde "innvandrerbakgrunn" og svarte på de spesielle spørsmålene om helse- tjenester hadde følgende fødeland:

	Antall	Prosent
Norge	54	4,1
Vest-Europa, Nord-Amerika, Australia	368	27,6
Øst-Europa	156	11,7
Nord-Afrika + Midtøsten	212	15,9
Sub-Sahara-Afrika	74	5,6
Asia+Stillehavet	407	30,5
Mellom- og Sør-Amerika	62	4,7
<u>Totalt</u>	<u>1333</u>	<u>100,0</u>

Nesten 30% av dem som mente de hadde innvandrerbakgrunn kom fra vestlige land og nærmere 70% fra ikke-vestlige land (se over). Over halvparten av innvandrerne trengte ikke hjelp til oversettelse når de var hos legen. Ca. 30% svarte at de ikke fikk hjelp til oversettelse. Tallet kan tyde på at det er et udekket behov for oversettelseshjelp hos norske leger. Nær halvparten av innvandrerne mener at de all- tid har fått de helsetjenestene de har hatt behov for. 60% av de "vestlige" innvandrerne svarte ja på dette og 40% av dem fra andre land.

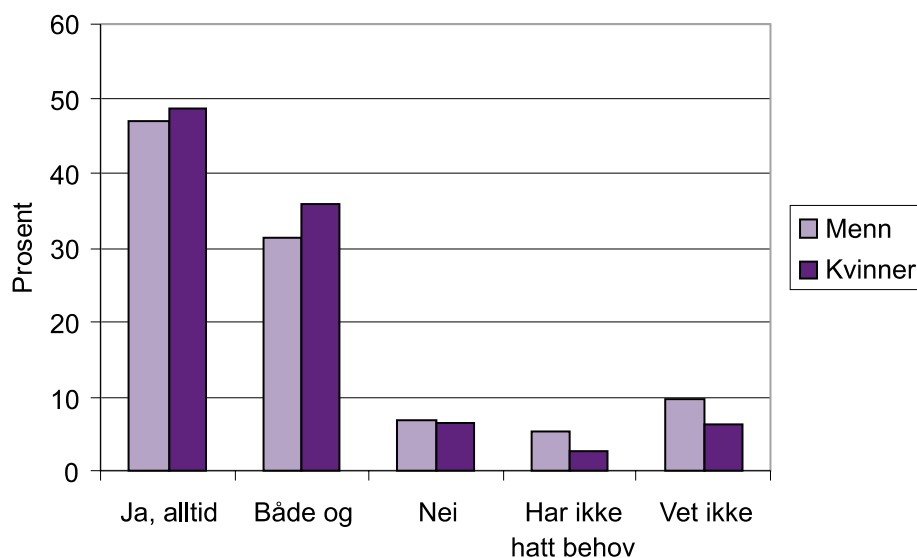
Svarene fra innvandrere om tilfredshet og bruk av helsetjenester gir signaler om et potensiale for forbedring av norske helsetjenester for denne gruppen av Oslos innbyggere. Innvandrere fra ikke-vestlige land har flere legebesøk enn andre, og det kan hende at bedre gjensidig forståelse mellom lege og pasi- ent ville føre til færre legebesøk.

Figur 51: Hjelper noen deg med oversettelser når du er hos lege? Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: HUBRO

Figur 52: Mener du at du i Norge har fått de helsetjenestene du har behov for? Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: HUBRO

Feltpleien – lavterskel poliklinisk helsetilbud for rusmiddelmisbrukere

Feltpleien er et forholdsvis nytt helsetilbud til rusmiddelbrukere i Oslo. I årene 1999-2001 har 2680 brukere i alle aldre søkt hjelp. Feltpleien yter ulike typer tjenester, som sårstell, helseinformasjon og annen veiledning. Av alle tjenester var det mest helseinformasjon og veiledning i 1999, mens sårstell utgjorde den største gruppen av tjenester i år 2000. Vel 10% av tjenestene var helseundersøkelser i 2000, en høyere andel enn i 1999.

Feltpleien i Oslo ble opprettet i februar 1999 etter initiativ fra Rusmiddeletaten. Etaten var bekymret for den store økningen i overdosedødsfall og erfarte at helsetilstanden til mange av klientene ikke ble tilstrekkelig ivaretatt av det etablerte helsevesenet, og at rusmiddelbrukerne heller ikke greide å nyttiggjøre seg tilbudet av eksisterende helsetjenester.

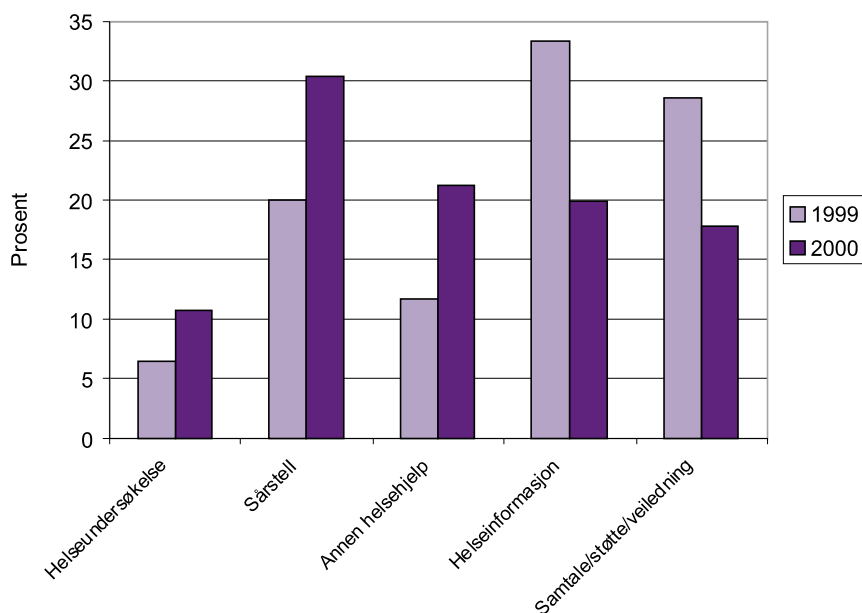
Hovedmålene for felttjenesten er kartlegging av behov, optimalisert behandling med etablering av fast legekontakt og økt livskvalitet for brukerne. Man ønsker å kanalisere rusmiddelbrukere inn til riktig sted i det etablerte behandlings- og hjelpeapparatet. Reduksjon av antall infeksjoner og smitteforebyggende arbeid er viktige arbeidsområder (Oslo kommune 2000 og 2001, Sosial- og helsedepartementet 2001). I 2002 ble det innledet et samarbeid om kvinner og gynekologi mellom Feltpleien, Olafiaklinikken og Prosjenteret (riksdekkende kompetansesenter for prostitusjon).

Ved de 6 ulike stasjonene som har vært i bruk i feltpleien, var det i perioden 1999 - 2001 18 993 konsultasjoner, fordelt på 2680 ulike klienter i alle aldre. Gjennomsnittsalder for kvinner var ca 30 år i 1999-2000, for menn litt høyere. Det var stor spredning i alder hos brukerne av feltpleien, fra 18 til 77 år. En del kom igjen mange ganger på rad, især i forbindelse med sårproblematikk.

De fleste klientene er blandingsmisbrukere med heroin eller amfetamin som hovedstoff. Mange har alvorlige helseplager, ofte forverret av manglende besøk hos helsetjenesten over flere år. Sykdomsbildet er sammensatt, og består ofte av samvirkende somatiske lidelser, psykiske lidelser og svært dårlig tannhelse.

Vanlige helseproblemer er abcesser og infeksjoner, astma, bronkitt, diabetes, epilepsi, HIV/AIDS, lymfebetennelse, blodpropp, hepatitt og levercirrhose. I tillegg kommer ofte feil- og underernæring. Ved en og samme konsultasjon ble det ofte gitt ulike typer helsehjelp eller tjenester, for eksempel sårstell og helseinformasjon. Av alle tjenester som brukerne mottok i år 2000, utgjorde sårstell 30%. I 1999 var en større andel av tjenestene helseinformasjon og veiledning enn i 2000 (fig. 53).

Figur 53: Fordeling av ulike typer tjenester ved feltpleien i Oslo i 1999-2000. Prosent



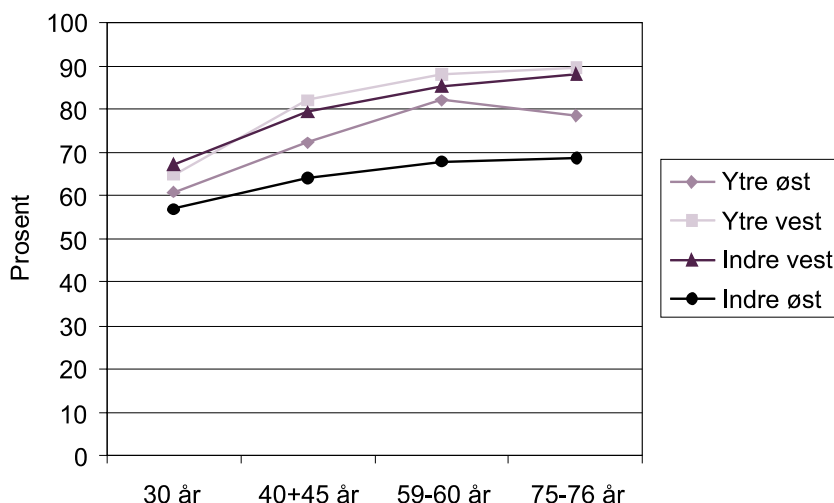
Kilde: Oslo kommune, Rusmiddeletaten

Bruk av tannlege

I Oslo hadde de aller fleste vært hos tannlege minst en gang det siste året, flere blant de eldre enn blant de yngre. En høyere andel av dem med høy utdanning hadde vært hos tannlegen siste år enn av dem med færre års utdanning. Det var også en sammenheng med grad av yrkesaktivitet, som regel i retning av at de uten inntekt var sjeldnere hos tannlegen. Personer med innvandrerbakgrunn brukte mindre tannlege enn dem som hadde norsk bakgrunn.

I alle aldersgrupper samlet hadde 80% av kvinnene og 75% av mennene vært hos tannlegen i løpet av de siste 12 måneder. Det var høyere andel med tannlegebesøk siste år i vestlige enn i østlige bydeler (fig. 54 og 55).

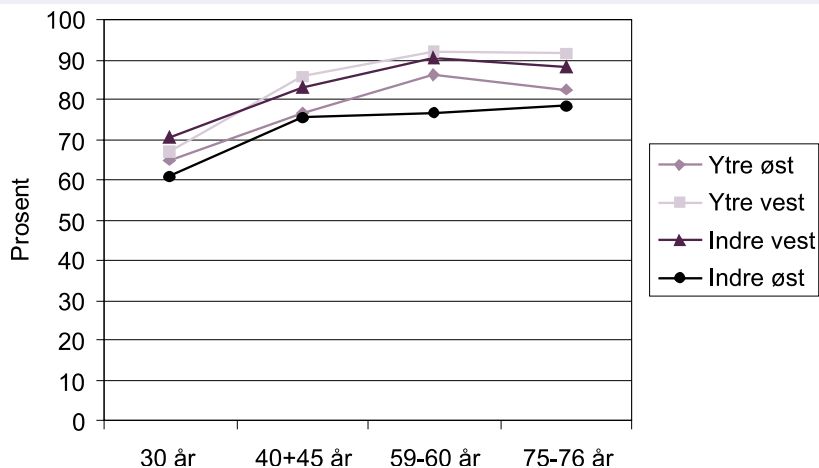
Figur 54: Andel menn som hadde vært minst én gang hos tannlege siste år. Regioner i Oslo 2000-2001. Prosent



Signifikans: 30 år: * Øvrige aldersgrupper: ***

Kilde: HUBRO

Figur 55: Andel kvinner som hadde vært minst én gang hos tannlege siste år. Regioner i Oslo 2000-2001. Prosent



Signifikans: 30 år: ** Øvrige aldersgrupper: ***

Kilde: HUBRO

Forskjellene skyldes neppe at tannhelsen er så mye bedre i østlige enn i vestlige regioner. Snarere kan det skyldes økonomi. I alle aldersgrupper hadde flere med høyere utdanning enn personer med grunnskole vært hos tannlege siste år. En høyere andel av 30-åringene med grunnskole hadde imidlertid vært 4 ganger eller mer hos tannlege siste år. Det å være i inntektsgivende arbeid hadde også betydning for hyppigheten av tannlegebesøk (tab. 18), de uten inntekt hadde lavere besøksandel. Blant kvinner i 40- og 60-årsalderen var det imidlertid flere av dem uten inntekt som hadde vært 4 ganger eller mer til tannlege siste år enn av dem med hel- eller deltidsarbeid.

Det var adskillig mindre tannlegebruk blant menn og kvinner med ikke-vestlig fødeland. Fra "Helseprofil for Oslo: Barn og unge" vet vi også at barn med innvandrerbakgrunn hadde dårligere tannhelse enn norske barn. Lite bruk av tannlege blant voksne innvandrere kan ha sammenheng med økonomiske forhold, men kanskje også med en annen oppfatning og prioritering av tannhelse.

Undersøkelser fra Trøndelag viste bedring i tannhelsen blant voksne de senere tiårene (Schuller 1999). Undersøkelser blant 35-åringene i Oslo indikerer også en klar bedring i tannhelsen i denne gruppen fra 1983-1993 (Eriksen m fl 1994). Bedringen var imidlertid ikke jevnt fordelt, og resultatene tydet på at rundt 10-20% av den voksne befolkningen i Oslo fortsatt hadde omfattende tannhelseproblemer, som karies og tannkjøtt sykdom. Undersøkelsene viste at tannkjøtt sykdom var mer utbredt blant menn enn blant kvinner, menn hadde mer ubehandlet karies enn kvinner og det var mest karies blant dem som ikke var regelmessig hos tannlegen.

Tabell 18: Andel personer som brukte tannlege siste år. Oslo 2000-2001. Prosent

	30 år		40 + 45 år		59-60 år	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
Alle	66	61	80	74	88	83
Utdanning						
Grunnskole	60	48	62	60	83	73
Videregående	63	59	80	72	89	83
Universitet/ høyskole	67	63	82	78	90	87
sign.	**	**	***	***	**	***
Yrkesaktivitet						
Ikke i inntektsgivende arbeid	60	51	73	51	83	73
Arbeider deltid	67	53	82	64	92	84
Arbeider fulltid	67	63	81	77	88	85
sign.	*	*	***	***	***	***
Sivil status						
Bor sammen med ektefelle/ samboer	66	64	81	75	89	84
Enslig, evt. med barn	62	52	75	67	83	81
sign.	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Fødeland						
Norge	68	64	84	80	89	85
Vest-Europa, Nord-Amerika eller Australia	65	64	79	72	89	70
"Ikke-vestlig"	50	42	56	48	64	62
sign.	***	***	***	***	***	***

Kilde: HUBRO

Risikofaktorer

I dette kapitlet har vi brukt visse grenseverdier for blodtrykk, kolesterol og kroppsmasseindeks (KMI). Opplysningene stammer fra målinger av blodtrykk, kolesterol, høyde og vekt ved frammøte til undersøkelsen (HUBRO).

For blodtrykk har vi sett nærmere på den gruppen som hadde et systolisk blodtrykk på 170 mm eller over. Blodtrykket ble målt 3 ganger i løpet av undersøkelsen. Her har vi regnet gjennomsnittet av 2. og 3. måling og skilt ut den gruppen som hadde ≥ 170 mm som gjennomsnittsverdi. Man regner med at disse har et blodtrykk som kan innebære helserisiko. Spørsmålet om bruk av blodtrykkssenkende medisin er stilt som et spørsmål til alle på spørreskjemaet, uavhengig av blodtrykksmålingene.

På samme måte har vi skilt ut en gruppe med kolesterolverdi på 8 mmol eller mer per liter som en risikogruppe. Spørsmålet om bruk av kolesterolsenkende medisin er også, på samme måte som for blodtrykksmedisin, stilt som et spørsmål til alle på spørreskjemaet, uavhengig av de målte kolesterolverdiene.

For kroppsmasseindeks, som er et mål for under- og overvekt, har vi her valgt å se på andel menn og kvinner med en KMI på 30 kg/m^2 eller høyere som en risikogruppe. Dette er det som i WHO kalles for fedme, og det er liten diskusjon om at en KMI på 30 kg/m^2 eller mer er å regne for helserisiko for mange sykdommer. Diskusjonen går derimot på hvor det er riktigst og mest hensiktsmessig å sette grensen for helseskadelig overvekt. KMI regnes ut ved å dele vekt på kvadratet av høyde, og benevnes med kg/m^2 .

Definisjonen av "fysisk inaktiv" baserer seg på et spørsmål fra spørreskjemaet i HUBRO om bevegelse og kroppslig anstrengelse i fritiden. Man skulle oppgi gjennomsnittlig aktivitet siste år, og krysse av på ett av fire alternativ

- 1) leser, ser på fjernsyn eller annen stillesittende beskjeftigelse
- 2) spaserer, sykler eller beveger deg på annen måte minst 4 timer i uka
- 3) driver mosjonsidrett, tyngre hagearbeid e.l. minst 4 timer i uka
- 4) trener hardt eller driver konkurranseidrett regelmessig og flere ganger i uka

Som *inaktiv* regnes man hvis man hadde krysset av for alternativ 1): Leste, så på fjernsyn osv. i fritiden.

Blodtrykk

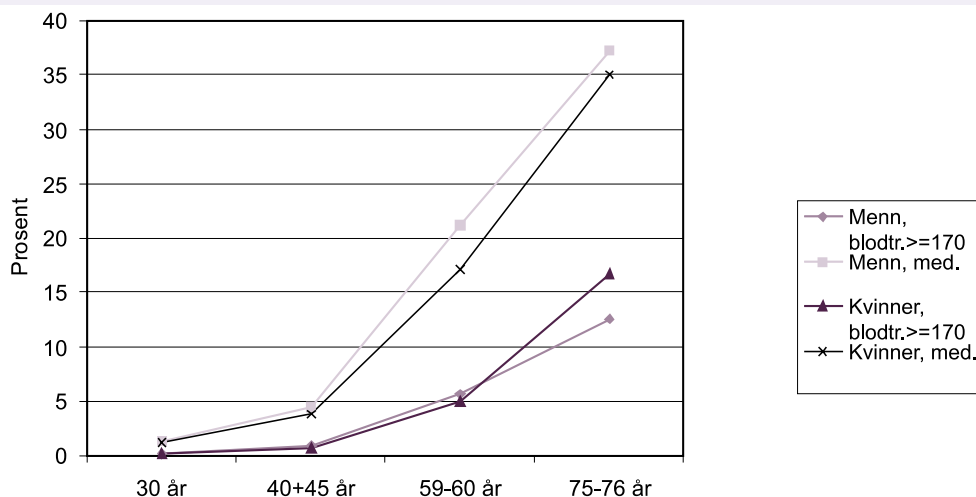
Det var lite kjønnsforskjeller i utbredelsen av høyt blodtrykk i Oslo, omtrent 5% av både kvinner og menn i 60-årsalderen hadde et blodtrykk som var såpass høyt at det kunne innebære en helserisiko. Det var heller ikke særlige kjønnsforskjeller for bruk av blodtrykkssenkende medisiner, og ca 20% brukte slike medisiner i 60-årsalderen. Både forekomst av høyt blodtrykk og bruk av medisiner mot høyt blodtrykk økte med alder.

Blant 30-åringene var det svært få som hadde høyt blodtrykk og det var svært få som brukte blodtrykkssenkende medisiner (fig. 56). Blant 40-åringene var det fremdeles svært få som hadde høyt blodtrykk, men i denne aldersgruppen brukte nær 5% blodtrykkssenkende medisiner.

Blant 60-åringene hadde rundt 5% kvinner og menn et blodtrykk som kunne innebære helserisiko. Uavhengig av dette oppgav vel 20% av mennene og 17% av kvinnene i samme alder å bruke blodtrykkssenkende medisiner. Det er i denne sammenhengen ikke undersøkt om de som hadde høyt blodtrykk også brukte medisiner, men blant 60-åringene var det omtrent 4 ganger så mange som brukte medisiner, i forhold til andelen med høyt blodtrykk. Både andel med høyt blodtrykk og andel som brukte medisiner mot høyt blodtrykk økte videre fram mot 75-års alder.

Det var ingen tydelige forskjeller mellom bydeler og regioner for andel med høyt blodtrykk. Det var ikke klare mønstre når det gjaldt blodtrykksnivå og bruk av blodtrykkssenkende medisiner etter utdanningsnivå.

Figur 56: Andel menn og kvinner med høyt systolisk blodtrykk (≥ 170) og andel menn og kvinner som bruker medisiner mot høyt blodtrykk. Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: HUBRO

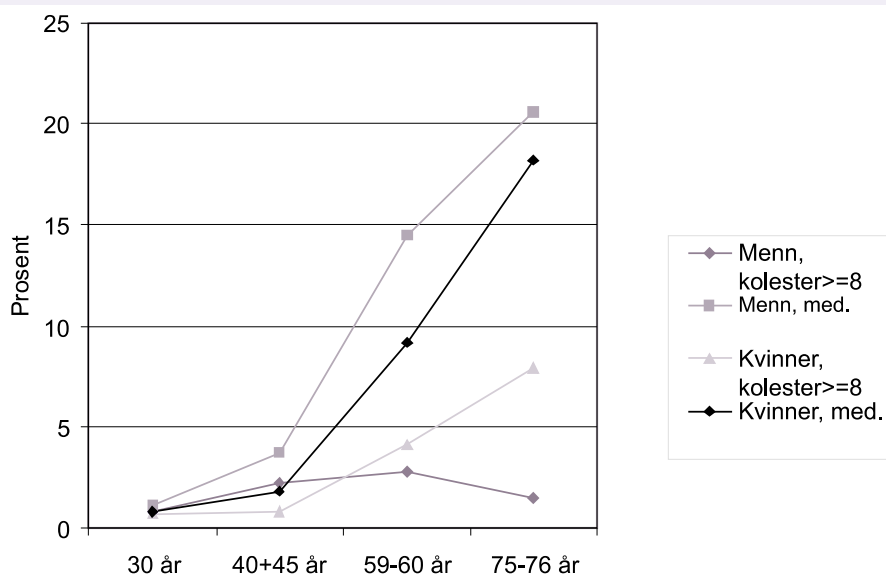
Kolesterol

I eldre aldersgrupper hadde flere kvinner enn menn høy kolesterolverdi, og det var flere menn enn kvinner som brukte medisiner mot høy kolesterol. Det var en kraftig økning i bruken av kolesterolsenkende medisiner med alder for begge kjønn. I 60-årsalderen brukte 15% av mennene og 9% av kvinnene i Oslo kolesterolsenkende medisiner.

På samme måte som for høyt blodtrykk og blodtrykkssenkende medisiner, var det også flere som oppgav å bruke kolesterolsenkende medisiner enn som hadde høye kolesterolverdier ved helseundersøkelsen (fig. 57). I 40-årsalderen hadde 1% av de undersøkte kvinnene og 2% av mennene høy kolesterolverdi. Dobbeltså mange brukte kolesterolsenkende medisiner, 2% av kvinnene og 4% av mennene. I 60-årsalderen hadde flere kvinner enn menn høy kolesterolverdi. Andelen kvinner med høy kolesterolverdi økte videre fram mot 75-års alder, mens denne andelen gikk ned for menn. Andelen menn og kvinner som brukte medisiner mot høy kolesterol økte videre og blant de eldste brukte nesten 20% slik medisin.

Det var lite forskjeller i målt kolesterolnivå mellom bydeler og regioner i Oslo og lite forskjeller mellom utdanningsgrupper.

Figur 57: Andel menn og kvinner med høyt kolesterolnivå (≥ 8 mmol/l) og andel som brukte kolesterolsenkende medisin. Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: HUBRO

Overvekt og fedme

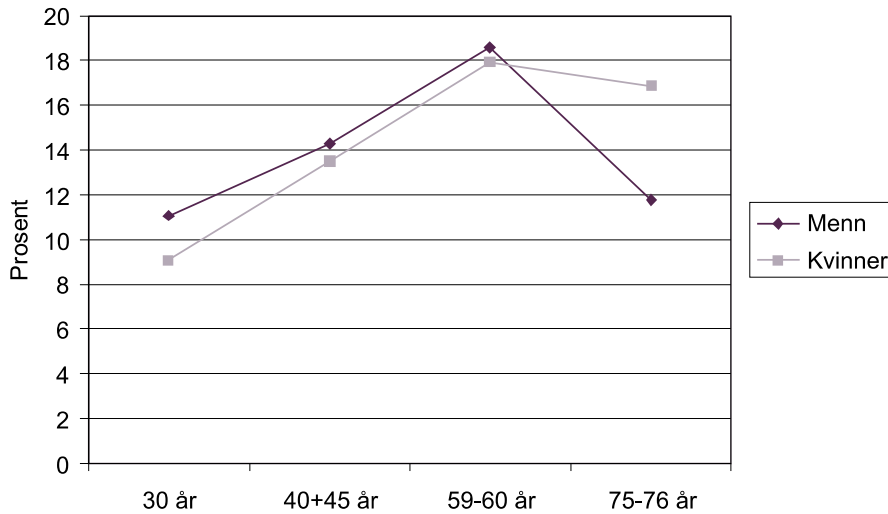
I helseundersøkelsen i Oslo var andelen med betydelig grad av overvekt eller fedme 10% blant 30-åringene, 14% blant 40-åringene og 18% blant 60-åringene. Det var en litt høyere andel menn med fedme enn kvinner, særlig blant de yngste. Etter 60-årsalder gikk andelen overvektige ned, særlig for menn. Andelen med fedme var samlet sett høyest i Ytre øst for menn og i Indre øst for kvinner. Blant kvinner var det lavest andel med fedme i den høyeste utdanningsgruppen, mens det for menn ikke var like tydelige forskjeller etter utdanning. Det var en høyere andel kvinner med fedme blant innvandrere fra ikke-vestlige kulturer enn blant kvinner med norsk bakgrunn.

Andelen overvektige i Norge har økt fra begynnelsen av 1960-årene og fram til i dag. Blant 40-42-åringene økte menn i gjennomsnitt 9,1 kg og kvinner 3,7 kg. Det ble gjennomført 40-årsundersøkelser i 12 fylker i perioden 1994-99, og andelen fete menn og kvinner var på hhv. 12,2% og 10,9% (KMI på 30 eller mer). Det har også vært en markert økning i andel med fedme i eldre aldersgrupper de siste årene, og Norge følger en internasjonal trend med stadig høyere gjennomsnittsvekt og andel av overvektige/fete i den voksne befolkningen (Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet 2000).

Andelen personer med betydelig grad av overvekt (fedme) i ulike aldersgrupper i Oslo er vist i figur 58. Andelen fete ser ut til å øke opp til 60-årsalder og er noe lavere i den eldste aldersgruppen, særlig blant menn. Ved 60 års alder hadde ca 18 % av kvinner og menn en KMI på 30 eller over.

Figur 58: Andel med overvekt/ fedme (KMI ≥ 30 kg/kvm) i ulike aldersgrupper. Oslo 2000-2001.

Prosent

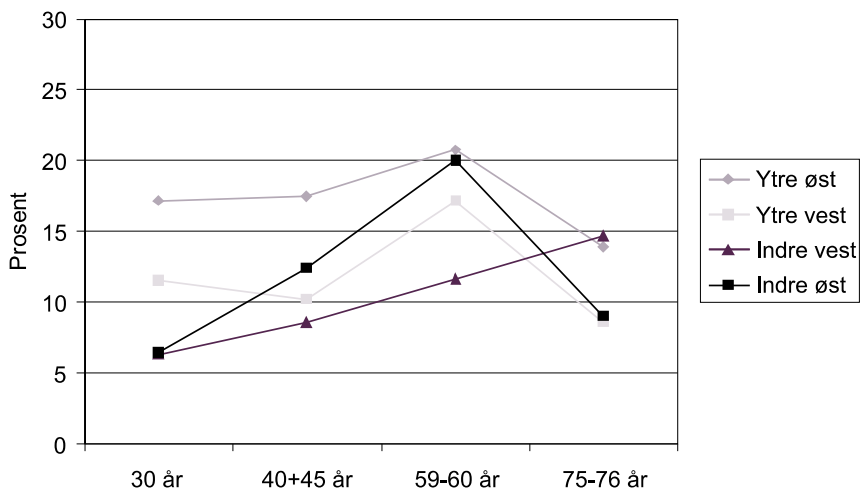


Kilde: HUBRO

Det var høyest andel menn med fedme i Ytre øst, blant relativt unge menn gjaldt dette 17 %. Kvinner på 30 år i Indre øst var på nivå med de andre regionene i andelen fete. Blant kvinner i østlige regioner var det en høyere andel overvektige enn blant kvinner i vestlige regioner (fig. 59-60).

Andelen fete viste en entydig sammenheng med utdanning for kvinner, med den laveste andelen i den høyeste utdanningsgruppen. For menn var sammenhengen ikke like klar, og menn med videregående utdanning hadde minst like høy andel med fedme som menn med grunnskole. Dette mønsteret likner på det som ble beskrevet for blodtrykk. Blant kvinner som ikke var i inntektsgivende arbeid, var det en høyere andel sterkt overvektige. Kvinner fra "ikke-vestlige" land hadde en høyere andel overvektige enn kvinner fra Norge eller andre "vestlige" land (tab. 19).

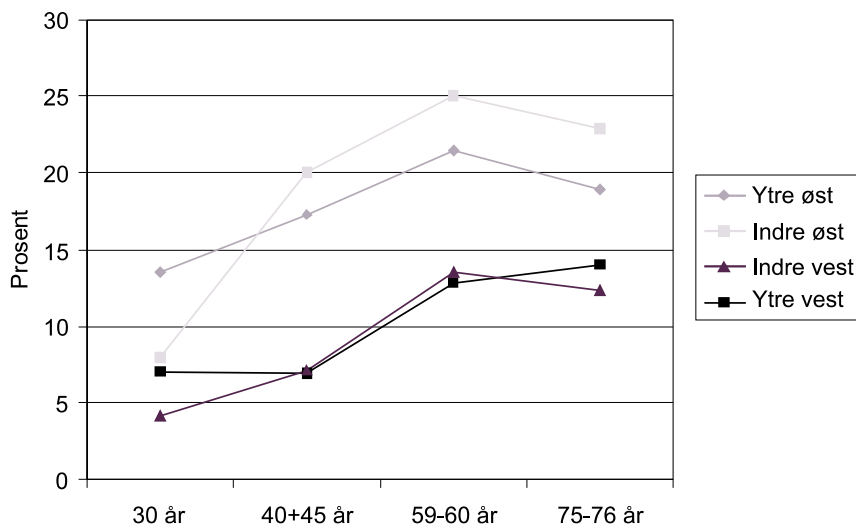
Figur 59: Andel menn med overvekt/ fedme (KMI ≥ 30 kg/kvm). Regioner i Oslo 2000-2001. Prosent



Signifikans: 30 år: *** 40+45 år: *** 59-60 år: ** 75-76 år: *

Kilde: HUBRO

Figur 6o: Andel kvinner med overvekt/ fedme (KMI ≥ 30 kg/kvm). Regioner i Oslo 2000-2001. Prosent



Signifikans: 30-, 40-, og 59-60 år: *** 75-76 år: **

Kilde: HUBRO

Tabell 19: Andel personer med overvekt/ fedme (KMI ≥ 30 kg/m²). Oslo 2000-2001. Prosent

	30 år		40 + 45 år		59-60 år	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
Alle	9	11	13	14	18	19
Utdanning						
Grunnskole	23	9	30	18	25	20
Videregående	13	15	17	18	17	21
Universitet/ høyskole	7	10	10	12	13	17
sign.	***	ns	***	***	***	ns
Yrkesaktivitet						
Ikke i inntektsgivende arbeid	14	11	23	15	26	21
Arbeider deltid	7	8	10	15	17	21
Arbeider fulltid	8	11	12	14	14	17
sign.	***	ns	***	ns	***	ns
Sivil status						
Bor sammen med ektefelle/ samboer	11	13	15	18	19	
Enslig, evt. med barn	10	10	13	12	23	18
sign.	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Fødeland						
Norge	8	11	12	14	16	19
Vest-Europa, Nord-Amerika eller Australia	9	9	7	17	14	20
"Ikke-vestlig"	15	10	26	14	38	17
sign.	***	ns	***	ns	***	ns

Kilde: HUBRO

Daglig røyking

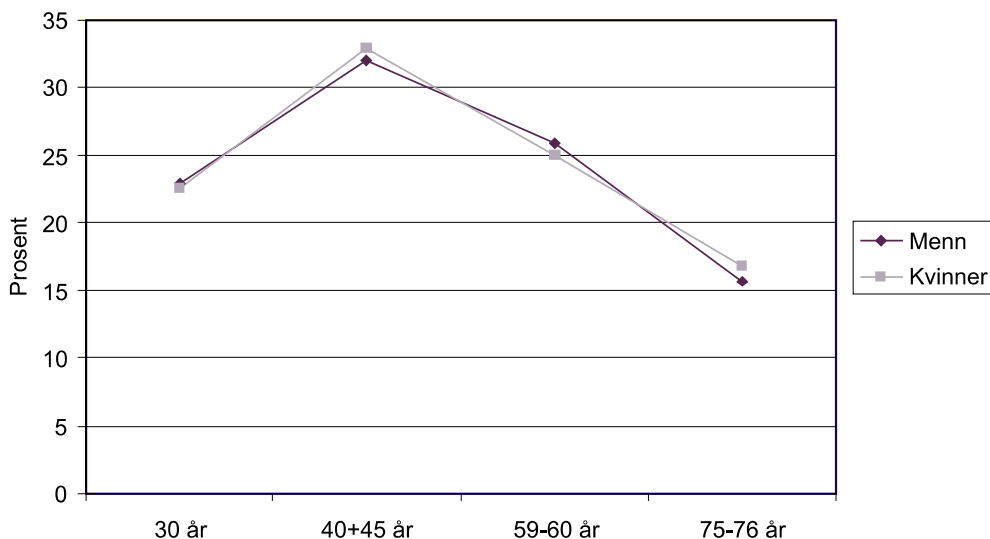
I alle aldersgrupper var det like vanlig for menn og kvinner å være dagligrøykere i Oslo i år 2000-2001. Andelen dagligrøykere var høyest i 40-årsalderen. Det var høyest andel røykere i Indre øst og lavest i Ytre vest. Det var kjente forskjeller i røykemønster etter utdanning, med lavest andel dagligrøykere blant dem med høyere utdanning. Blant 30-åringene var det imidlertid høyest andel røykere blant dem med utdanning på mellomnivå.

I 1950-årene kom de første vitenskapelige publikasjonene som fastslo at dødeligheten blant røykere var høyere enn blant ikke-røykere. Beregninger fra 1990 viste at røyking forårsaket 24% av alle dødsfall blant menn i industriland. Blant kvinner forårsaket røyking 7% av alle dødsfall, men andelen har vært økende (Peto m.fl. 1994). I Norge dør det hvert år ca 7500 personer på grunn av røykerelaterte sykdommer. De viktigste dødsårsakene ved røyking er kreft, hjerte- og karsykdommer og luftveissykdommer. I tillegg rammes mange av sykdommer som fører til betydelige helseplager og redusert livskvalitet (NOU 2000: 16, Tverdal m.fl. 1993).

I 2001 var 30% av den voksne norske befolkning (16-74 år) dagligrøykere, året før var det 32% dagligrøykere. Det var små kjønnsforskjeller i andelen røykere i Norge, og flest dagligrøykere i alderen 35-54 år (Statistisk sentralbyrå 2002b). Sammenlignet med andre fylker hadde Oslo en lav andel dagligrøykere, men en relativt høy andel "av og til-røykere" eller festrøykere (Statens tobakkskaderåd 2001).

Det var nesten ikke kjønnsforskjeller i andel dagligrøykere i Oslo. Den høyeste andelen dagligrøykere finner vi blant 40-åringene, deretter synker andelen, samtidig som andelen tidligere røykere er høy i de to eldste aldersgruppene (fig. 61).

Fig. 61: Andel menn og kvinner som røyker daglig. Oslo 2000-2001. Prosent



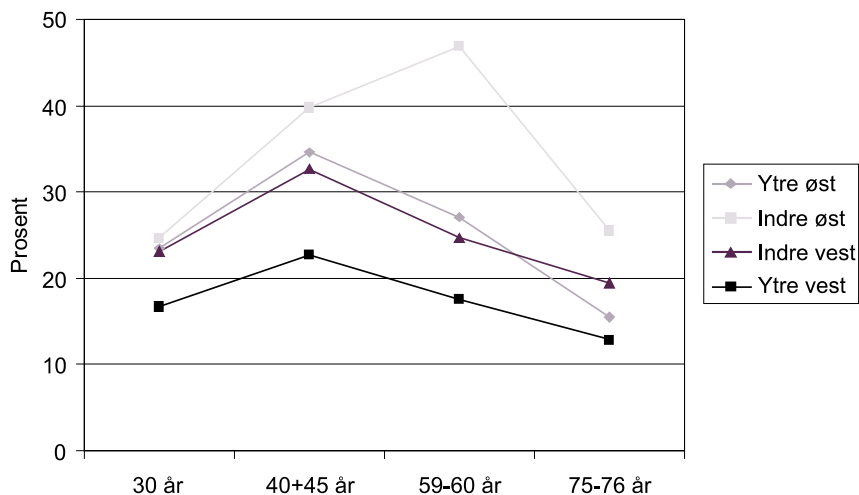
Kilde: HUBRO

Indre øst hadde flest røykere, nesten halvparten av menn i 60-årsalderen oppgav å røyke daglig og under 20% av menn i samme alder i Ytre vest. Blant kvinner i 60-årsalderen røykte 37% i Indre øst og under 20% i Ytre vest. Det var størst forskjeller mellom regionene for 40- og 60-åringene og mindre blant unge og eldre (fig. 62-63). De sosiale forskjellene i røykevaner er godt kjent, og kom også tydelig

fram i helseundersøkelsen i Oslo (tab. 20). Mønsteret for utdanningsforskjeller var imidlertid forskjellig for 30-åringene, her var det høyest andel dagligrøykere blant dem som hadde utdanning på videregående-nivå (fig. 64).

Det var flere røykere blant menn fra "ikke-vestlige" land enn blant menn med Norge som fødeland. Forskjellene var størst for 30-åringene. Blant kvinner fra "ikke-vestlige" land var det derimot en mye lavere andel røykere enn blant norskfødte kvinner, både blant 30-, 40- og 60-åringene. Denne gruppen kvinner hadde 11% dagligrøykere blant 30-åringene og 7% blant 60-åringene (tab. 20).

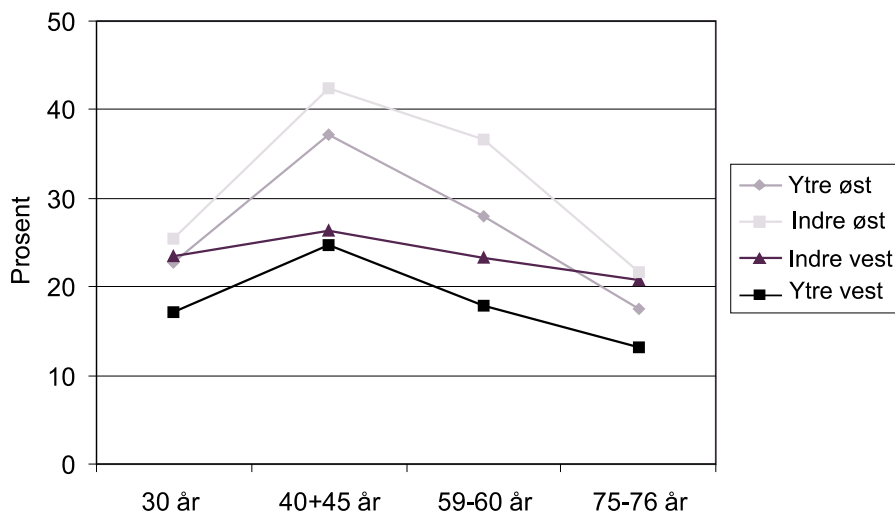
Figur 62: Andel menn som røyker daglig. Regioner i Oslo 2000-2001. Prosent



Signifikans: 30 år: ns 40+45 år: *** 59-60 år: *** 75-76 år: *

Kilde: HUBRO

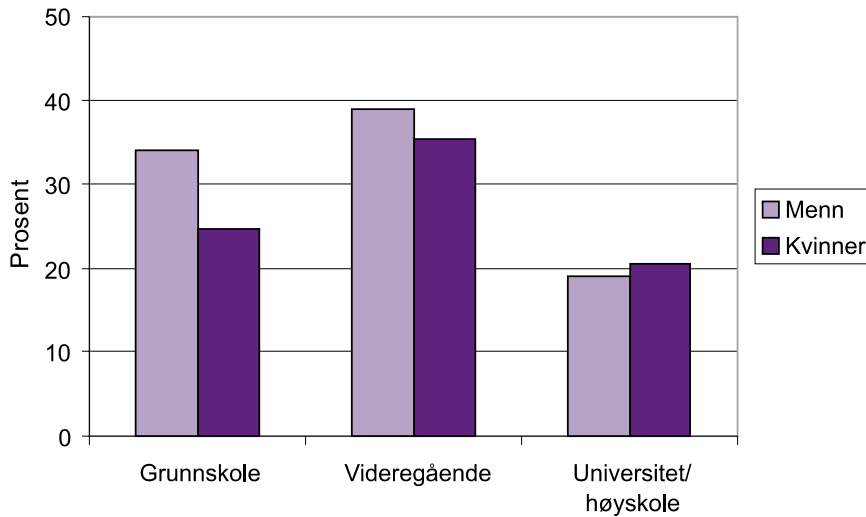
Figur 63: Andel kvinner som røyker daglig. Regioner i Oslo 2000-2001. Prosent



Signifikans: 30 år: * 40+45 år: *** 59-60 år: *** 75-76 år: **

Kilde: HUBRO

Figur 64: Andel 30-åring som røyker daglig i grupper for utdanning. Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: HUBRO

Tabell 20: Andel dagligrøykere i Oslo 2000-2001. Prosent

	30 år		40 + 45 år		59-60 år	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
Alle	23	23	33	32	25	26
Utdanning						
Grunnskole	25	34	50	57	35	36
Videregående	35	39	47	43	28	31
Universitet/ høyskole	21	19	26	24	17	18
sign.	***	***	***	***	***	***
Yrkesaktivitet						
Ikke i inntektsgivende arbeid	24	36	33	55	31	36
Arbeider deltid	23	33	25	39	23	25
Arbeider fulltid	23	21	36	29	22	23
sign.	ns	***	***	***	***	***
Sivil status						
Bor sammen med ektefelle/ samboer	17	21	29	30	21	22
Enslig, evt. med barn	35	37	43	39	26	42
sign.	***	***	***	ns	ns	*
Fødeland						
Norge	25	21	36	31	26	25
Vest-Europa, Nord-Amerika eller Australia	18	22	28	30	20	29
"Ikke-vestlig"	11	35	15	36	7	30
sign.	***	***	***	ns	***	ns

Kilde: HUBRO

Fysisk aktiv eller inaktiv?

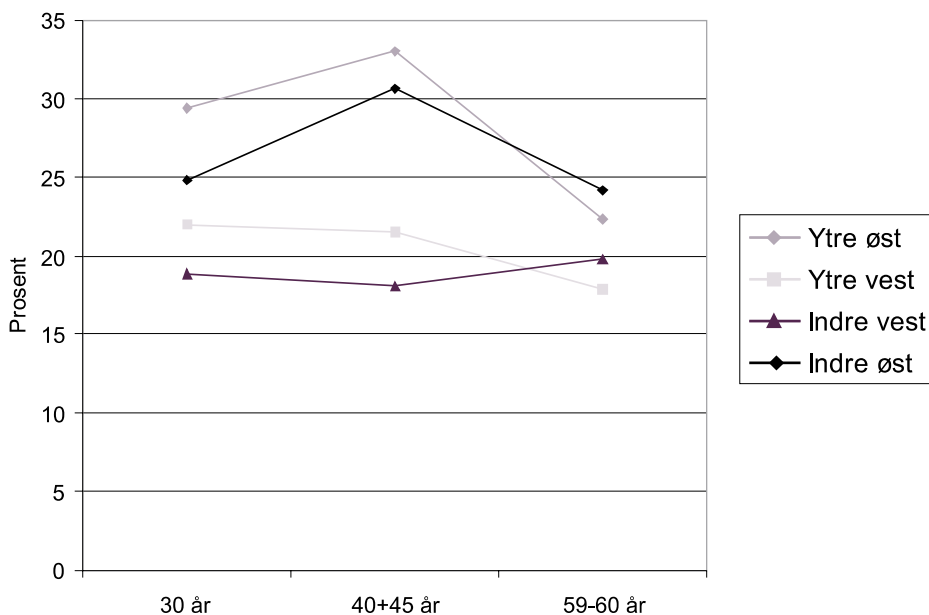
En av fem kvinner og en av fire menn var inaktive i fritida. Det var ikke særlige aldersforskjeller i andelen inaktive. Stort sett var det en høyere andel inaktive i østlige enn i vestlige regioner, men unge kvinner på 30 år fra Indre øst var ikke mer inaktive enn unge kvinner i vest. Sammenligning med en tidligere undersøkelse fra 1980-tallet tyder på at andelen inaktive menn har økt, mens andelen inaktive kvinner har vært uendret i samme periode.

Risikoen for mange vanlige helseproblemer øker med fysisk inaktivitet. Den største helsegevinsten oppnås ved å gå fra inaktivitet til litt aktivitet (Sosial- og helsedirektoratet 2002). Andelen voksne som utfører fysisk aktivitet i form av idretts- og mosjonsaktiviteter har sannsynligvis økt de siste 20 årene. Tidligere var det flere menn som utøvde fysisk aktivitet, men det er nå ikke lenger noen særlig kjønnsforskjell (Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet 2000).

I Oslo var det litt vanligere blant menn enn blant kvinner å være inaktiv (leser, ser på TV eller annen stillesittende beskjeftigelse) i fritida, særlig blant 40-åringer. Omtrent en av fem kvinner og en av fire menn var inaktive i fritiden, ifølge helseundersøkelsen i Oslo. Denne andelen var nokså lik både for 30-, 40- og 60-åringer.

Ytre øst hadde omtrent 30% inaktive 30-åringer både blant menn og kvinner. I vestlige bydeler og regioner lå andelen inaktive 30-åringer på rundt 20% for menn og mellom 15 og 20% for kvinner. Det er også verdt å merke seg at de unge kvinnene i Indre øst ikke er noe mer inaktive enn unge kvinner i de vestlige regionene. I andre aldersgrupper er det både for menn og kvinner en høyere andel inaktive i østlige enn i vestlige regioner (fig. 65 og 66).

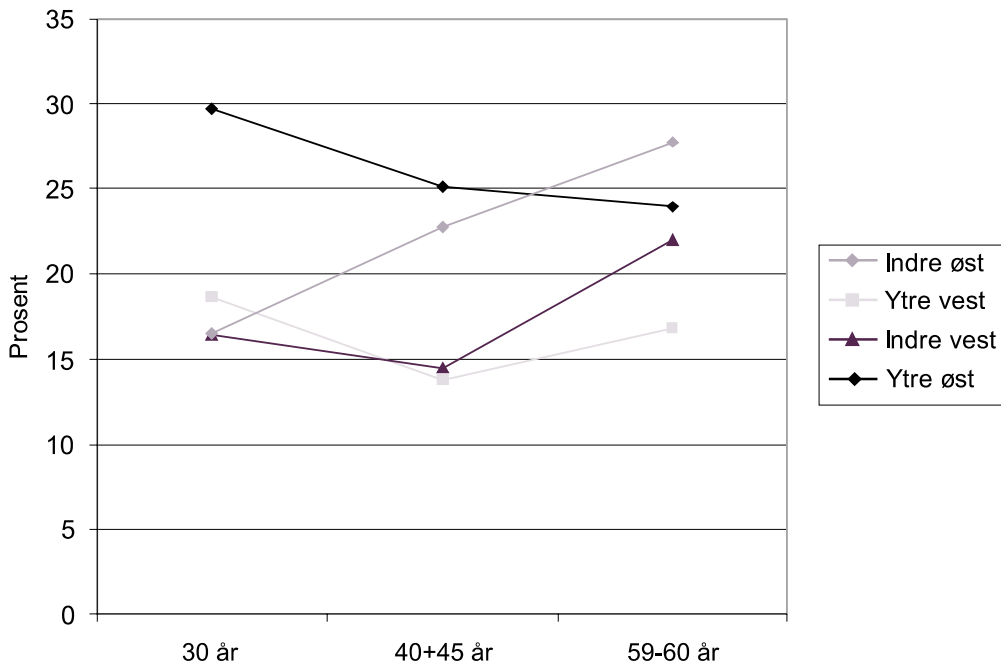
Figur 65: Andel fysisk inaktive menn. Regioner i Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: HUBRO

Signifikans: 30 år: ** 40+45 år: *** 59-60 år: *

Figur 66: Andel fysisk inaktive kvinner. Regioner i Oslo 2000-2001. Prosent



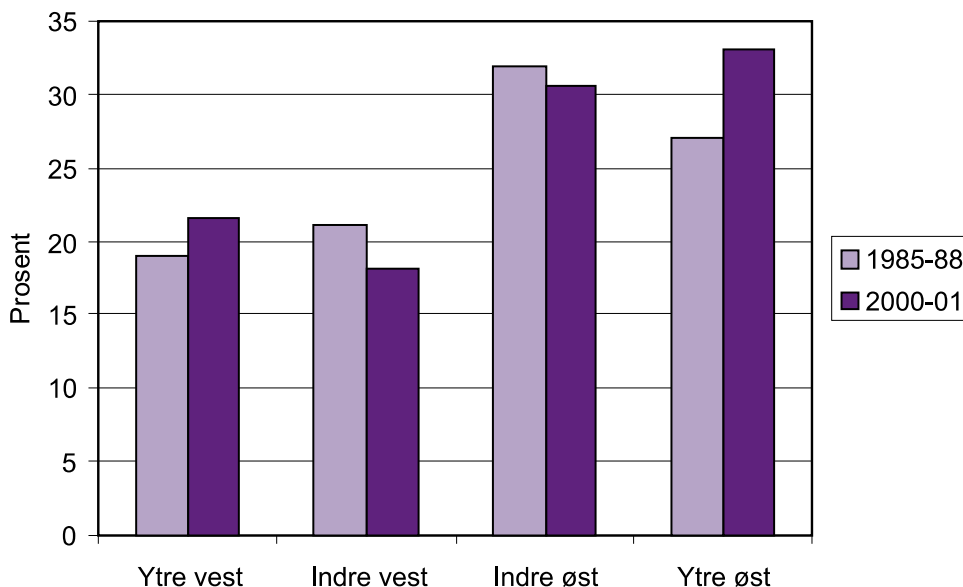
Signifikans: 30 år: *** 40+45 år: *** 59-60 år: ***

Kilde: HUBRO

I Helseundersøkelsen i Oslo fikk deltakerne det samme spørsmålet om fysisk aktivitet som 40-åringene hadde fått en gang tidligere (1985-88). Den gang, for 12-15 år siden, oppgav 24% av mennene og 22% av kvinnene i Oslo at de det siste året hadde brukt fritiden til å lese, se på TV eller til annen stillesittende beskjeftigelse. Andelen inaktive menn (40 og 45 år) hadde økt til 28% i 2000-2001. Andel stillesittende kvinner var nesten likt i 2000-2001 med 20%. Det at menn er mer stillesittende i år 2000 enn på 80-tallet, kan sannsynligvis sees i sammenheng med en økende andel overvektige menn (se avsnitt om overvekt).

Fra undersøkelsen på 80-tallet ble det også rapportert om store forskjeller mellom bydeler og regioner (Jenum og Stensvold 1998). Forskjellene var tilsvarende i år 2000, og hadde blitt noe mer uttalt for mennene (fig. 67). Økningen i andel inaktive menn fra 1980-tallet og fram til i dag hadde først og fremst funnet sted i Ytre øst, som hadde den høyeste andelen inaktive menn i år 2000. På 80-tallet hadde Indre øst den høyeste andelen inaktive.

Figur 67: Andel fysisk inaktive menn (40-åringer). Regioner i Oslo 1985-88 og 2000-2001. Prosent



Kilde: Osloundersøkelsen av 40-åringer (alder 40-42 år) og HUBRO (alder 40+45 år)

Fysisk inaktivitet viste en klar sammenheng med utdanning, kvinner og menn i alle aldre var mer aktive i fritiden dersom de hadde utdanning på universitets- eller høyskolenivå enn på lavere nivå (tab. 21). Både kvinner og menn fra "ikke-vestlige" land var mer inaktive enn kvinner og menn fra Norge. Med unntak av menn i alderen 59-60 år var andelen fysisk inaktive i alle gruppene med "ikke-vestlig" bakgrunn på over 42%.

Tabell 21: Andel fysisk inaktive. Oslo 2000-2001. Prosent

	30 år		40 + 45 år		59-60 år	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
Alle	22	25	20	28	22	21
Utdanning						
Grunnskole	44	30	38	42	29	20
Videregående	35	35	25	29	21	23
Universitet/ høyskole	18	23	16	26	18	20
sign.	***	***	***	***	***	ns
Yrkesaktivitet						
Ikke i inntektsgivende arbeid	30	22	28	35	25	20
Arbeider deltid	24	28	17	33	19	19
Arbeider fulltid	20	25	19	27	21	21
sign.	***	ns	***	*	*	ns
Sivil status						
Bor sammen med ektefelle/ samboer	23	27	19	29	21	20
Enslig, evt. med barn	21	20	24	25	32	22
sign.	ns	ns	*	ns	*	ns
Fødeland						
Norge	19	23	17	24	21	20
Vest-Europa, Nord-Amerika eller Australia	16	28	12	25	21	17
"Ikke-vestlig"	45	42	49	49	49	34
sign.	***	***	***	***	***	***

Kilde: HUBRO

Bidragstere

Arbeidet med utarbeidelse av "Helseprofil for Oslo" har vært organisert med regelmessige møter i en referansegruppe bestående av personer fra Oslo kommune, bydelene og institusjoner med ansvar for datainnsamling og helseforskning. Vi takker for all hjelp og medvirkning fra referansegruppen, som har bestått av følgende personer:

Kommuneoverlege, avdelingssjef Gunnar Kvalvåg, Helsevernetaten i Oslo kommune
Spesialkonsulent Kostas Vilimas, Helsevernetaten i Oslo kommune
Bydelsoverlege Åsa Rytter Evensen, Røa
Bydelsoverlege Turi Bondeson, Gamle Oslo
Bydelslege Sissel Steihaug, Stovner
Helse- og miljøkonsulent Solveig Andresen, Nordstrand
Bydelsdirektør Jens Helgebostad, Stovner
Rådgiver Harald Tønseth, Statistisk sentralbyrå
Forsker Tor Inge Romøren, NOVA – Gruppe for aldersforskning
Overlege Marit Rognerud, tidligere Folkehelsa, nå Nasjonalt folkehelseinstitutt
Direktør Yngve Haugstvedt, tidligere Statens helseundersøkelser (deltok fram til 1.1.02)
Avdelingsleder Sidsel Graff-Iversen, tidligere Statens helseundersøkelser, nå Nasjonalt folkehelseinstitutt

Kostas Vilimas har dessuten bidratt utover vanlig deltakelse i referansegruppen, og har i noen grad vært direkte involvert i databearbeidingen. Seniorforsker dr. philos. Anne Johanne Sjøgaard og overlege dr. med. Rannveig Nordhagen her på Nasjonalt folkehelseinstitutt har bidratt med god faglig støtte og nyttige innspill i slutfasen av prosjektet. Forskningsjef Randi Selmer har bidratt vesentlig når det gjelder frafallsproblematikk og metode.

Konsulent Heidi Lyshol ved Nasjonalt folkehelseinstitutt har gjort en stor innsats i ferdigstillingen av heftene, og har stått for redigering og kartproduksjon.

Vi takker for velvillig medvirkning og tilrettelegging fra **dataleverandører** i Kreftregisteret v/ Åge Johansen og Åse Næss, Statistisk sentralbyrå ved Knut Strøm, Finn Gjertsen, Merethe Thonstad m.fl., Norsk pasientregister v/ May-Britt Aronsen og Feltpleien/ Rusmiddeletaten i Oslo kommune v/ Liv Heidi Bjerkmo.

Helseundersøkelsen i bydeler og regioner i Oslo, HUBRO, var et samarbeidsprosjekt mellom tidligere Statens helseundersøkelser, nå en del av Nasjonalt folkehelseinstitutt, Universitetet i Oslo og Oslo kommune. HUBRO har hatt en styringsgruppe med representanter fra de samarbeidende institusjoner og en intern arbeidsgruppe i Statens helseundersøkelser.

Direktør Yngve Haugstvedt ledet arbeidet med styringsgruppen og arbeidsgruppen. Helt sentral for gjennomføringen var Yngve Haugstvedt, seniorforsker dr. philos. Anne Johanne Sjøgaard og avdelingsoverlege Per Lund-Larsen. Anne Johanne Sjøgaard koordinerte også de mange tilleggsprosjektene.

Forskningsstipendiat Bernadette Kumar, Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Seksjon for forebyggende medisin og epidemiologi (UiO), har vært prosjektkoordinator for innvandrerdelen av HUBRO.

Informasjonssjef Gunhild Wøien og informasjonskonsulent Kristin Kværnsveen har stått for utadrettet virksomhet. Mange flere har vært involvert og gjort en stor innsats for gjennomføringen av HUBRO, ikke minst alle som har deltatt i manuell dataregistrering i Statens helseundersøkelser, under ledelse av førstesekretær Ingrid Andrea Martinsen.

Referanser

Barstad A. Store byer, liten velferd? Om segregasjon og ulikhet i norske storbyer. SØS 97, 1-153. 1997. Statistisk sentralbyrå. Sosiale og økonomiske studier.

Eriksen HM, Bjertness E, Berset GP, Hansen BF. Tannhelsen hos voksne i Norge og tanker om forebyggende tiltak. Nor Tannlegeforen Tid 1994;104:884-6.

Fylkesnes K. Determinants of health care utilization – visits and referrals. Scand J Soc Med 1993;21:40-50.

Gjestland T, Moen E. «East is east, and west is west...». 21. 1988. Oslo, Norsk institutt for by- og regionsforskning. Rapport.

Hagen K, Djuve AB, Vogt P. Oslo: Den delte byen? FAFO-rapport 161, 1-320. 1994. Oslo, Forskningsstiftelsen FAFO.

Hjemmen A. Tilleggsundersøkelse til hjerte-karundersøkelsene i Akershus 1990/91 og 1993/94. 1997

Jenum AK, Stensvold I. "Livsstil og levevaner." I Oslohelsa. Utredningen om helse, miljø og sosial ulikhet i bydelene. 1-175. 1998. Red.: Rognerud M og Stensvold I. Oslo, Ullevål sykehus, Klinikk for forebyggende medisin.

Kaplan G, Barell V, Lusky A. Subjective state of health and survival in elderly adults. J Gerontol 1998;43:114-20

Kaplan G, Goldberg D, Everson S, Cohen R, Salonen R, Tuomilehto J, Salonen J. Perceived health status and morbidity and mortality: evidence from the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study. Int J Epidemiol 1996;25:259-65.

Kaplan G, Camacho T. "Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the Human Population Laboratory cohort." Am J of Epidemiology 1983;117:292-8.

Kreftregisteret. Cancer in Norway 1993. Oslo, Kreftregisteret 1996

Kreftregisteret. Cancer in Norway 1998. Oslo, Kreftregisteret 2001

Kristofersen LB, Borgan JK, Christie VM. Speilbilder av helsetilstanden i storby : Sosioøkonomiske forskjeller i dødelighet i regioner i Norge og Oslo 1970-1985. 131, 1-33. 1989. Oslo, Norsk institutt for by- og regionsforskning. NIBR-notat.

NOU 2000: 16. Tobakksindustriens erstatningsansvar. Oslo, 2000.

Oslo kommune, Rusmiddeletaten. Statusrapport - feltpleien. Rapport til erfaringsseminar 31. august 2001. Oslo kommune, 2001.

Oslo kommune, Rusmiddeletaten. Årsrapport 2000. Oslo kommune, 2000.

Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C. Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2000. Indirect Estimates from National Vital Statistics. Imperial Cancer Research Fund/World Health Organization 1994.

Rognerud M, Stensvold I. Oslohelsa. Utredningen om helse, miljø og sosial ulikhet i bydelene. 1-175. 1998. Oslo, Ullevål sykehus, Klinikk for forebyggende medisin.

Rognerud M, Krüger Ø, Stensvold I. "Dødelighet og forventet levealder ved fødsel." I Oslohelsa. Utredningen om helse, miljø og sosial ulikhet i bydelene. 1-175. 1998. Red.: Rognerud M og Stensvold I. Oslo, Ullevål sykehus, Klinikk for forebyggende medisin.

Schuller AA. Changes in Oral Health in Adults, Trøndelag, Norway 1973-1983-1994. Thesis. Oslo: Universitetet i Oslo 1999.

Sosial- og helsedepartementet 2001:

<http://odin.dep.no/sos/norsk/publ/rapporter/030031-220004/index-dok000-b-n-a.html>

Sosial- og helsedirektoratet. Fysisk aktivitet og helse. Temahefte. Tidsskr Nor Lægeforen mars 2002[tema], 2908-3447. 2002.

Statens helseundersøkelser. Rapport om hjerte-karundersøkelsen. Helseundersøkelsen i Buskerud 1999, 3. runde. Oslo, 2000

Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet. VEKT-HELSE. 1. 2000. Oslo, Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet. Rapport.

Statens tobakkskaderåd 2001: <http://www.tobakk.no/presse/artikler/fylker2001.html>

Statistisk sentralbyrå 2001. Statistisk årbok 2001 NOS C671. Oslo-Kongsvinger. 2001

Statistisk sentralbyrå 2002a: <http://www.ssb.no/emner/02/02/10/dode/tab-2002-06-27-11.html>

Statistisk sentralbyrå 2002b: <http://www.ssb.no/royk/main.html>

Stensvold I, Glatte E. "Kreft." I Oslohelsa. Utredningen om helse, miljø og sosial ulikhet i bydelene. 1-175. 1998. Red.: Rognerud M og Stensvold I. Oslo, Ullevål sykehus, Klinikk for forebyggende medisin.

Strand BH, Dalgard OS, Tambs K, Rognerud M. 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). Nord J of Psychiatry 2002; In press.

Tverdal AA, Thelle D, Stensvold I, Leren P, Bjartveit K. Mortality in relation to smoking history: 13 years follow-up of 68 000 Norwegian men and women 35-49 years. J Clin Epidemiol 1993;46:475-87.