



Oslo

Helseetaten

Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024

Utvalgte resultater



Denne rapporten er utgitt av Helseetaten, Oslo kommune.
September 2025.

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

ISBN: 978-82-91332-25-3

Rapporten er utarbeidet av analyseseksjonen,
folkehelse- og omsorgsavdelingen.

Henvendelser om rapporten kan rettes til
avdelingsdirektør Berit Bakke eller analysesjef Arne Jensen.

Forsidefoto: Nikolai Kobets Freund / Oslo kommune

Forord

Oslo kommune ved Helseetaten gjennomførte høsten 2024 en stor folkehelseundersøkelse i Oslo, i tett samarbeid med Folkehelseinstituttet. Resultatene fra undersøkelsen er presentert her: Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024 - Folkehelse og miljørettet helsevern - Oslo kommune. Nettsiden vil bli oppdatert med flere resultater etter hvert som de foreligger.

Byrådsavdeling for helse har gitt Helseetaten i oppdrag å utarbeide en kortfattet rapport med vår vurdering av hva vi anser som de viktigste resultatene fra undersøkelsen, med vekt på oppfølging av Folkehelsestrategi for Oslo 2023–2030. Vurderingen er basert på de resultatene som er publisert og analysene vi har gjennomført til nå. Flere analyser vil bli utformet framover.

Folkehelseloven forplikter kommunen til å ha nødvendig oversikt over folkehelsen og positive og negative faktorer som virker inn på denne. Resultatene fra Folkehelseundersøkelsen er et viktig bidrag til nødvendig oversikt, blant annet ved at den “tetter igjen” flere kunnskapshull som ble identifisert i rapporten Oslohelsa 2023. Oversikten ligger igjen til grunn for et kunnskapsbasert, systematisk folkehelsearbeid i Oslo.

Hege Farnes Hildrum

Direktør

Helseetaten

Sammendrag

I perioden 4.11–16.12 2024 gjennomførte Oslo kommune i samarbeid med Folkehelseinstituttet en folkehelseundersøkelse blant byens voksne innbyggere. Denne rapporten presenterer utvalgte resultater fra undersøkelsen, med særlig vekt på temaer som er viktige i oppfølging av Folkehelsestrategien for Oslo (2023–2030). Resultatene bygger i all hovedsak på allerede publiserte analyser.

Undersøkelsen dokumenterer at det er geografiske forskjeller i helse og livskvalitet i Oslo. Blant annet tegner flere resultater et tydelig øst/vest skille, der innbyggere i østlige bydeler gjennomgående rapporterer om dårligere helse og mindre sunne levevaner enn innbyggere i vestlige bydeler. Samtidig har alle områder sine folkehelseutfordringer. Sentrumsnære bydeler har for eksempel større utfordringer med narkotika, og innbyggerne der er mer plaget av støy, trangboddhet og lite dagslys enn i resten av Oslo. Det er også betydelige variasjoner innad i hver enkelt bydel.

Resultatene viser videre at det fremdeles er store sosiale helseforskjeller i Oslo. Blant annet er det en tydelig sosioøkonomisk gradient, der helse og livskvalitet varierer systematisk med utdanningsnivå og økonomisk situasjon. Helse og livskvalitet varierer også etter andre kjennetegn som alder, kjønn, innvandrerbakgrunn, kjønnsidentitet/seksuell orientering og funksjonsevne. På mange områder kommer minoritetsgrupper dårligere ut enn befolkningen ellers. For eksempel er psykiske plager mer utbredt blant skeive, funksjonshindrede og innvandrere. Disse gruppene er også mer utsatt for ensomhet og utenforskap, og rapporterer om et høyere udekket behov for helsetjenester.

Undersøkelsen tilfører ellers ny og oppdatert kunnskap om ulike folkehelseutfordringer i Oslo, også innenfor områder der det mangler detaljert statistikk fra før. Blant annet kartlegges omfanget av alvorlige livshendelser, innbyggernes oppfattelse av bo- og nærmiljøforhold, samt årsaker til udekket tjenestebehov. Sammenlignet med tilsvarende undersøkelser i andre fylker, kjennetegnes Oslo av et høyt nivå av psykiske plager, høyt rusbruk og lavere grad av trygghet i nærmiljøet. Andelen dagligrøykere er derimot lavt. Resultatene tyder også på utfordringer med det sosiale felleskapet, og mange innbyggere er ensomme.

Framover vil det gjennomføres mer grundige analyser av datamaterialet, som kan gi ny innsikt om viktige folkehelseutfordringer i Oslo.

Abstract

From the 4th of November to the 16th of December 2024 the City of Oslo, in collaboration with the Norwegian Institute of Public Health, conducted a public health survey among its adult population. This report presents selected results from the survey, with special emphasis on important topics addressed in the Public Health Strategy of Oslo (2023-2030). The results are primarily based on already published analyses.

The survey documents geographical differences in health and quality of life in Oslo. Several results reveal a distinct east/west divide, with inhabitants in eastern districts consistently reporting poorer health and less healthy lifestyles than inhabitants in western districts. However, all areas have their own public health issues. For instance, central districts face challenges in relation to illegal drugs, and their inhabitants are more bothered by noise, crowded dwelling and lack of daylight than in the rest of Oslo. Substantial variation also exists within each district.

The results further show that there are still large social inequalities in health in Oslo. A strong socioeconomic gradient is evident, with systematic variations in health and quality of life by educational level and economic situation. These outcomes also vary by other characteristics such as age, gender, immigrant background, gender identity/sexual orientation and disability status. On many measures, minority groups experience less favourable outcomes than the general population. For instance, higher rates of psychological distress are observed among LGBTQ+ people, individuals with physical disabilities and immigrants. These groups also suffer more from loneliness and exclusion and report higher rates of unmet need for health services.

The survey provides new and updated knowledge about public health challenges in Oslo, including topics where detailed statistics have been lacking, such as serious life events, housing conditions and reasons for unmet health service needs. Compared to similar surveys in other Norwegian counties, Oslo is characterised by high rates of psychological distress, high substance use and lower perceived safety in one's neighbourhood. The proportion of daily smokers is, however, low. The results further suggest that there are challenges with the social fabric of the community, and many inhabitants are lonely.

In the future these data will be analysed in more depth, which may provide more insight about the public health challenges facing Oslo.

Innhold

Forord.....	2
Sammendrag	3
Abstract.....	4
Introduksjon	6
1. Geografiske forskjeller i helse og livskvalitet.....	7
2. Sosial ulikhet i helse og livskvalitet	9
3. Psykisk helse.....	11
4. Fysiske helseutfordringer	13
5. Levevaner	15
6. Alvorlige livshendelser	17
7. Ensomhet og sosialt felleskap	19
8. Bo- og nærmiljø	21
9. Bruk og behov for helsetjenester.....	23
Referanser	26
Vedlegg 1. Definisjoner av variabler som brukes i rapporten	28
Vedlegg 2: Oversikt over temaer i Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024	31

Introduksjon

Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024 ble gjennomført av Oslo kommune i samarbeid med Folkehelseinstituttet. Undersøkelsen gikk til et representativt utvalg av voksne i alderen 18 år eller eldre i Oslos befolkning, og ble gjennomført i perioden fra 4. november til 16. desember 2024. Om lag 45 500 innbyggere svarte, noe som ga en svarprosent på 28. Bruttoutvalget ble trukket på en slik måte at det er representativt på delbydelsnivå. I tillegg ble det trukket ekstrautvalg i utvalgte grupper som erfaringsmessig er vanskelig å nå i slike undersøkelser, f.eks. unge voksne og innvandrere. Deltakelsen i Folkehelseundersøkelsen i Oslo var høyest blant kvinner, innbyggere i alderen 40–70 år og personer med høyere utdanning (1). På grunn av måten utvalget ble trukket på, og at svarprosenten varierte mellom ulike grupper, er det benyttet vekter, slik at nettoutvalget skal være best mulig representativt for Oslos befolkning.

Tallene som presenteres er hentet fra Oslo kommunes eget datasett og de som omtales er i all hovedsak vektete, ujusterte tall. Unntaket er kartene som er hentet fra publiseringsløsningen på nettsiden, der uvektede tall er benyttet (2). Vær oppmerksom på at resultatene kan variere med noen få prosentpoeng avhengig av vekting.

Begrepene og variablene som benyttes er definert i vedlegg 1. Undersøkelsen kartla i alt 13 ulike temaer ved hjelp av over 150 unike spørsmål (se vedlegg 2), så denne rapporten omtaler nødvendigvis kun et utvalg.

Undersøkelsen bidrar til mer innsikt i folkehelsen i Oslo generelt og til mer kunnskap om temaer som er viktige i oppfølging av Folkehelsestrategi for Oslo (2023–2030) spesielt (3). I denne rapporten er særlig sistnevnte vektlagt. Det kan også legges til at Folkehelseundersøkelsen i Oslo bidrar til å dekke noen av de kunnskapshullene som Oslo har på folkehelseområdet, og som ble belyst i rapporten *Oslohelsa 2023* (4).

Utvalg og omtale av resultater fra undersøkelsen, bygger i all hovedsak på analyser som våren 2025 ble publisert av henholdsvis Folkehelseinstituttet og Oslo kommune. Publikasjonene er gjort tilgjengelig på Oslo kommunes nettsider [Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024 - Folkehelse og miljørettet helsevern - Oslo kommune](#). I tillegg presenterer vi resultater fra noen andre analyser som ennå ikke er publisert.

Fremover vil flere, inkludert Oslo kommune, studenter og forskere fra ulike universitets- og forskningsmiljøer, gjennomføre mer grundige analyser av datamaterialet, noe som kan gi ny innsikt i hva som er de viktigste folkehelseutfordringene i Oslo. Resultater fra slike analyser vil bli formidlet i forskjellige fora og gjennom ulike kanaler, bl.a. gjennom Oslo kommunes nettsider.

1. Geografiske forskjeller i helse og livskvalitet

Bakgrunn

Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024 gir et detaljert bilde av hvordan innbyggerne har det i de ulike delene av byen, da undersøkelsen samler inn mange svar fra forskjellige områder – helt ned på delbydelsnivå. Oslotall på delbydelsnivå er særlig etterspurt av bydelene i sitt systematiske folkehelsearbeid. Detaljerte Oslotall vil også komme andre kommunale virksomheter til gode i sitt styrings- og planarbeid.

I Helseetatens interaktive resultatrapport (2) er det laget figurkart som gir et visuelt bilde på hvordan helse, livskvalitet og forhold som påvirker folkehelsen fordeler seg i Oslo på bydels- og delbydelsnivå. Noen av kartene blir vist i denne rapporten.

Tendenser til et øst-vest skille

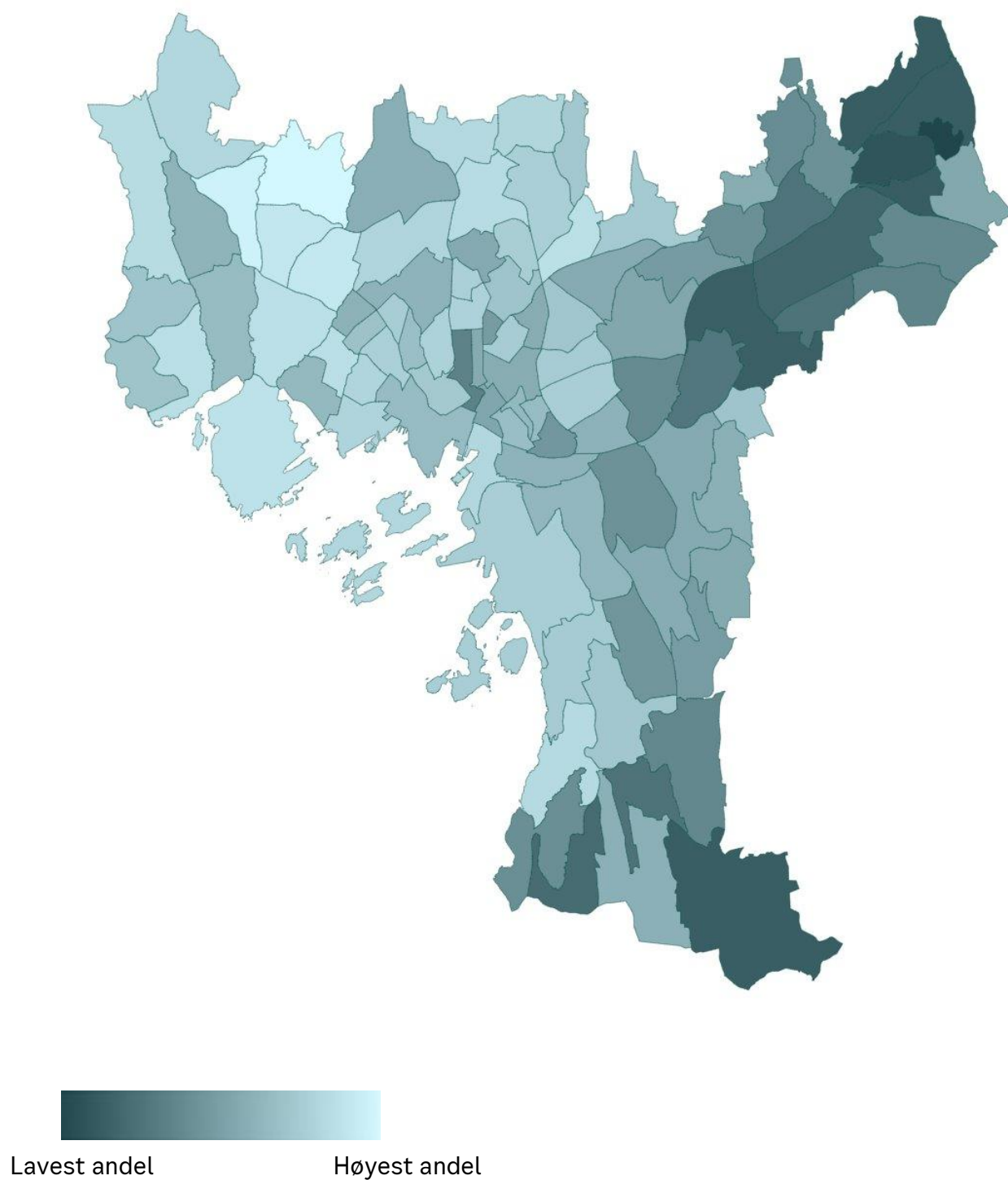
Undersøkelsen bekrefter kunnskap fra Oslohelsa (4) om at innbyggerens helse og livskvalitet avhenger av hvem hen er og hvor hen bor, og at det er tendenser til et øst-vest skille i Oslo. For eksempel er andelen med dårlig egenvurdert helse og langvarige helseproblemer dobbelt så høy blant innbyggere i bydelene i Groruddalen og Bydel Søndre Nordstrand, sammenlignet med bydelene i ytre Oslo vest.

Alle områder har folkehelseutfordringer

Undersøkelsen viser at alle bydeler og delbydeler har folkehelseutfordringer sammenlignet med gjennomsnittet i Oslo, men de varierer i type og antall. Sentrumsbydeler som Gamle Oslo, Grünerløkka, og St. Hanshaugen har større utfordringer med narkotika, og er mer plaget av støy, trangboddhet og lite dagslys sammenlignet med resten av Oslo. Bydelene i Groruddalen og Søndre Nordstrand har et høyere omfang av forebyggbare sykdommer, overvekt/fedme, usunne levevaner og lavere nivåer av sosial støtte, tillit og tilhørighet. I de vestlige bydelene drikkes det oftere alkohol enn ellers i byen.

Forskjeller innad i bydeler

Undersøkelsen viser at det ikke bare er forskjeller mellom bydeler, men også betydelige variasjoner i helse og livskvalitet innad i hver enkelt bydel. Dette gjelder alle bydeler, også bydeler med generelt god helse og høy livskvalitet. For eksempel, i Bydel Vestre Aker er det en 13 prosentpoengs forskjell mellom de delbydelene med lavest og høyest andel med god egenvurdert helse (Hovseter: 69 prosent, Slemdal: 82 prosent). Figur 1 illustrerer andelen med god egenvurdert helse i Oslo totalt og i delbydeler.



Figur 1. Andel med god egenvurdert helse, etter bosted. Innbyggere 18 år eller eldre. Oslo og delbydeler. 2024. Uvektede tall.

2. Sosial ulikhet i helse og livskvalitet

Bakgrunn

Sosial ulikhet i helse og livskvalitet handler i stor grad om strukturelle forskjeller i muligheter og livsbetingelser. Ulikhetene oppstår fordi noen grupper har mindre tilgang til blant annet trygge boliger, stabile jobber, gode nærmiljøer eller helsetjenester – forhold av betydning for menneskers helse og livskvalitet (5).

I Oslohelsa 2023 ble sosial ulikhet i helse og levevaner trukket frem som en av Oslos store folkehelseutfordringer (4). Reduserte sosiale forskjeller i helse og livskvalitet er ett av hovedmålene i Folkehelsestrategi for Oslo (3).

Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024 gir Oslo mer detaljert kunnskap om hvordan sosial ulikhet i helse og livskvalitet fordeler seg etter ulike sosioøkonomiske mål som utdanning og økonomi, etter hvor i byen man bor, og etter ulike kjennetegn som alder, kjønn, innvandrerbakgrunn, seksuell orientering og funksjonsevne.

4 av 10 med god egenvurdert helse blant innbyggere som har vansker med å få pengene til å strekke til

Undersøkelsen viser at innbyggernes generelle helsetilstand varierer etter ulike sosioøkonomiske faktorer. Det er en tydelig sosial gradient – jo høyere utdanning innbyggere har, og jo bedre opplevd økonomisk situasjon innbyggere har, desto bedre er deres helse. Denne gradienten ser vi for de fleste helsemålene og har en særlig sterk sammenheng med opplevd økonomisk situasjon. For eksempel, oppgir 38 prosent god egenvurdert helse blant innbyggere som har det svært vanskelig å få pengene til å strekke til, mot 86 prosent blant dem som har det svært lett. Dette er en forskjell på nesten 50 prosentpoeng (Figur 2).

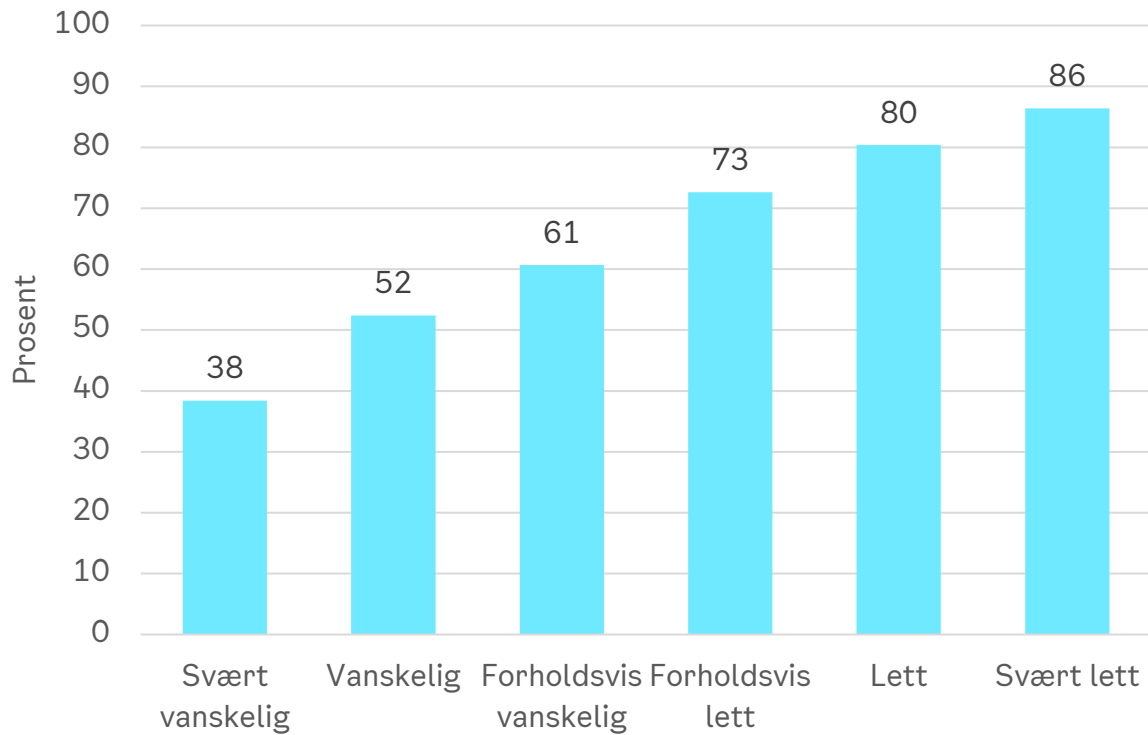
Sosiale forskjeller på flere livskvalitetsmål

Undersøkelsen viser det samme mønsteret for livskvalitet som for helse: Jo bedre sosioøkonomi, desto høyere livskvalitet. Dette mønsteret finner vi innenfor flere områder av livskvalitet – som grad av positive følelser, mening i hverdagen, engasjement, fremtidsoptimisme og livstilfredshet. Også her er den sosiale gradienten sterk for opplevd økonomisk situasjon. For eksempel oppgir 69 prosent lav livstilfredshet blant innbyggere som har det svært vanskelig å få pengene til å strekke til. Denne andelen er 7 ganger så høy som blant innbyggere som opplever dette som svært lett, der andelen lav livstilfredshet er på 9 prosent.

Helse og livskvalitet varierer med innbyggernes fødeland

Undersøkelsen viser at innbyggere som er født i et land i Afrika, Asia og Øst-Europa, har dårligere helse og lavere livskvalitet enn befolkningen ellers. Når vi ser på enkeltland, er forskjellene enda tydeligere. For eksempel oppgir mellom 30 og 44 prosent av innbyggere med fødeland Polen, Ukraina, Syria og Irak om lav livstilfredshet – mens snittet i Oslo er på 23

prosent. I det samme utvalget av enkeltland, svarer mellom 44 og 57 prosent at de har god egenvurdert helse. Til sammenligning er det 69 prosent i Oslos befolkning som svarer det samme.



Figur 2. Andel med god egenvurdert helse, etter hvor vanskelig det er å få pengene til å strekke til. Innbyggere 18 år eller eldre. Oslo. 2024. Vektete tall.

3. Psykisk helse

Bakgrunn

Psykisk helse ble i Oslohelsa 2023 identifisert som en av de viktigste folkehelseutfordringene i Oslo (4), og psykisk helse vektlegges mer i ny folkehelselov (6). Også nasjonalt har det vært stor bekymring for utviklingen i befolkningens psykiske helse, særlig blant unge voksne (7).

Psykiske plager og lidelser er samfunnets mest kostbare helsetilstand og er nært forbundet med uførhet, sykdom og tidlig død (7–9). I Oslo er psykiske lidelser den dominerende diagnosen for mottak av sykepenger, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd, særlig for unge under 30 år (10). I tillegg har psykiske plager gjerne en tidlig debutalder, i motsetning til mange andre sykdommer og tilstander som ofte inntreffer senere i livet.

Stort omfang av psykiske plager, særlig blant unge voksne

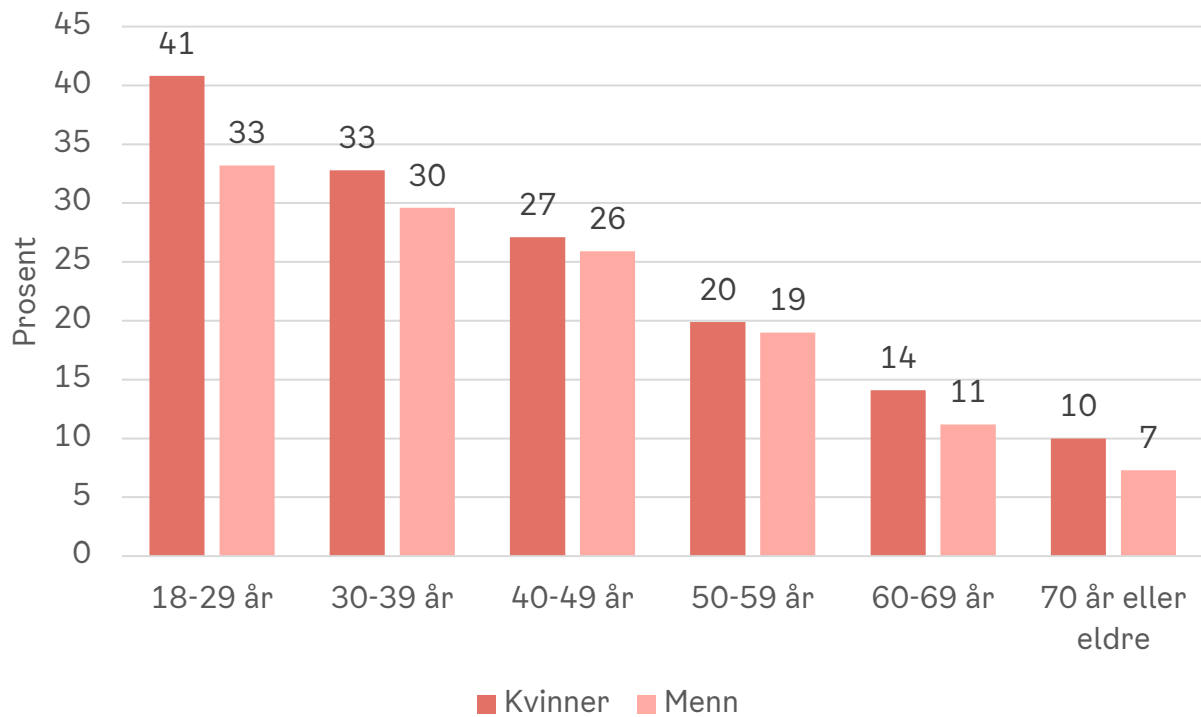
Undersøkelsen viser at gjennomsnittsverdien på psykiske plager, er høyere i Oslo enn i alle andre fylker som har gjennomført tilsvarende folkehelseundersøkelser siden 2018 (1). I Oslo har 1 av 4 innbyggere høy grad av psykiske plager (se vedlegg 1 for definisjon av dette begrepet). Andelen er noe høyere blant kvinner (27 prosent) enn menn (24 prosent), og er høyest blant unge voksne (se Figur 3). Blant kvinner i aldersgruppen 18–29 år, er andelen med høy grad av psykiske plager 41 prosent.

Psykiske plager mer utbredt blant innbyggere som har vansker med å få pengene til å strekke til

Undersøkelsen viser at andelen med høy grad av psykiske plager, er 67 prosent blant personer som oppgir at det er svært vanskelig å få pengene til å strekke til i det daglige. Tilsvarende andel for personer hvor det er svært lett å få pengene til å strekke til, er til sammenligning 10 prosent.

Dårligere psykiske helse blant skeive, funksjonshindrede og innvandrere

Undersøkelsen viser videre at psykiske plager er mer vanlig i noen grupper i befolkningen. Blant annet er andelen med høy grad av psykiske plager nesten dobbelt så høy blant skeive (43 prosent) enn ikke-skeive (23 prosent). Også blant funksjonshindrede forekommer psykiske plager langt oftere enn i den øvrige befolkningen. I denne gruppen er andelen med høy grad av psykiske plager 62 prosent. Psykiske plager er også mer utbredt blant innvandrere. Andelen med høy grad av psykiske plager er særlig høy blant personer født i Ukraina (45 prosent), Syria (45 prosent) og Irak (44 prosent).



Figur 3. Andel med høy grad av psykiske plager, etter alder og kjønn. Innbyggere 18 år eller eldre. Oslo. 2024. Vektete tall.

4. Fysiske helseutfordringer

Bakgrunn

Ikke-smittsomme sykdommer bidrar stort til den samlede sykdomsbyrden i Oslo, og er den viktigste årsaken til tidlig død blant voksne (11). I tillegg er dette helseutfordringer som står for høye samfunnskostnader (12). Ikke-smittsomme sykdommer er i stor grad forebyggbare.

I Oslohelsa 2023 kom det fram at det er tydelige geografiske og sosiale forskjeller når det gjelder utbredelsen av ikke-smittsomme sykdommer (4), men detaljert statistikk på enkelte sykdommer i Oslo har vært mangelfull. Et viktig mål i Oslos folkehelsestrategi er bedre forebygging knyttet til de store folkesykdommene (3).

1 av 10 har eller har hatt diabetes, kols og/eller hjerte- og karsykdom

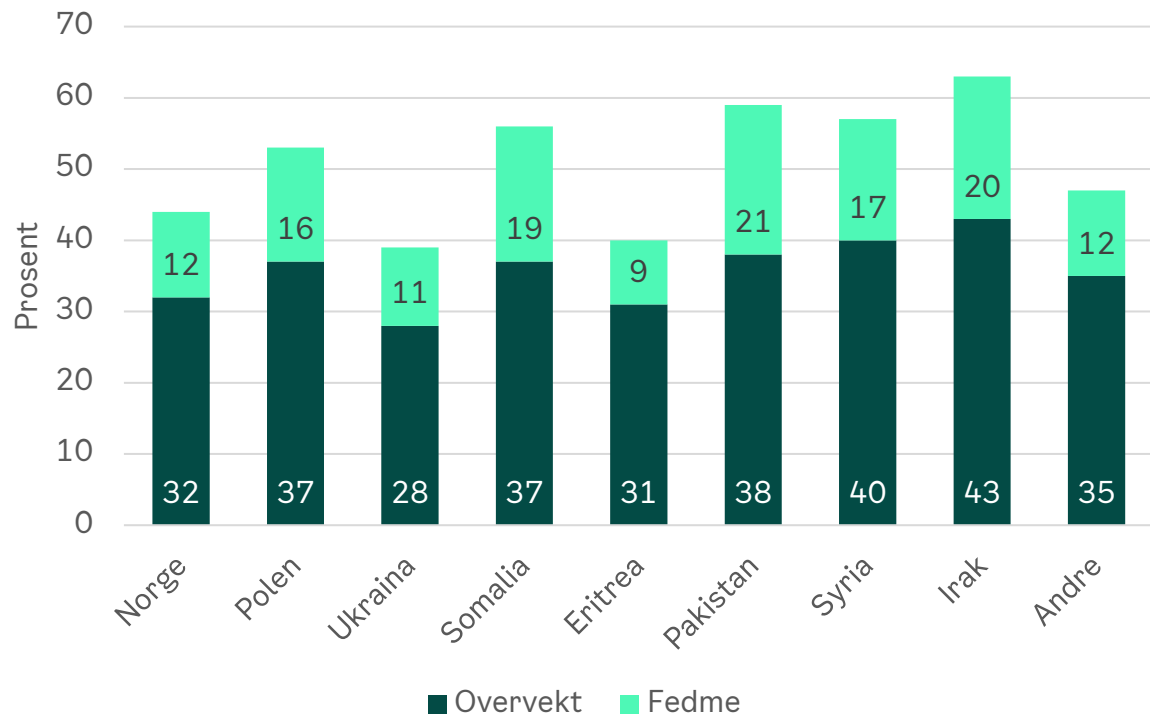
Undersøkelsen viser at om lag 1 av 5 kvinner og 1 av 4 menn med grunnskole som høyeste fullførte utdanning, har eller har hatt diabetes, kols og/eller hjerte- og karsykdom. Blant personer med høyere utdanning rapporterer rundt 1 av 10 kvinner og menn det samme. Forekomsten av denne typen ikke-smittsomme sykdommer, er høyest i Groruddalen (9–19 prosent) og bydel Søndre Nordstrand (15 prosent). Forekomsten er lavest i bydelene Grünerløkka, Sagene og St. Hanshaugen (7 prosent).

6 av 10 har nakke- og/eller korsryggsmerter

Undersøkelsen viser at andelen som rapporterer om nakke- og/eller korsryggsmerter, er høyere blant kvinner (69 prosent) enn blant menn (56 prosent). Om lag 8 av 10 personer som oppgir at det er svært vanskelig å få pengene til å strekke til i det daglige rapporterer om nakke- og/eller korsryggsmerter. Blant personer som oppgir at det er svært lett å få pengene til å strekke til i det daglige rapporterer 5 av 10 det samme. Andelen med nakke- og/eller korsryggsmerter er høyest i bydel Alna (68 prosent) og lavest i bydel Ullern (56 prosent).

Høyere andel overvekt og fedme i enkelte grupper

Undersøkelsen viser at det både blant personer med grunnskole som høyeste fullførte utdanning og blant personer som oppgir at det er svært vanskelig å få pengene til å strekke til i det daglige, er en dobbelt så høy andel som har fedme (18 prosent) sammenlignet med personer med høyere utdanning og personer som oppgir at det er svært lett å få pengene til å strekke til i det daglige (8 prosent). Som vist i figur 4 er andelen som har fedme blant personer født i Pakistan og Irak 8–9 prosentpoeng høyere enn personer født i Norge (12 prosent).



Figur 4. Andel som har overvekt og fedme fordelt etter utvalgte fødeland. Innbyggere 18 år eller eldre. Oslo, 2024. Vektete tall.

5. Levevaner

Bakgrunn

Levevaner som fysisk aktivitet, kosthold, røyking og alkoholforbruk, har stor betydning for befolkningens helse og utviklingen av ikke-smittsomme sykdommer, som hjerte- og karsykdommer, type 2 diabetes, kreft og kroniske luftveissykdommer (13). Disse vanene er ikke bare individuelle valg, men blir i stor grad påvirket av samfunnets strukturer og levekår.

Oslohelsa 2023 viste at det finnes tydelige sosiale forskjeller i både helse og levevaner (4), men detaljert statistikk på utvalgte levevaner har vært mangelfull. I Folkehelsestrategi for Oslo er muligheter for gode levevaner for alle innbyggere ett av målene (3). Gode levevaner gjennom hele livet gir grunnlag for bedre helse, reduserte sosiale ulikheter og en mer bærekraftig by.

Bydelsforskjeller i fysisk aktivitet

Undersøkelsen viser at nærmere halvparten av innbyggerne i noen delbydeler i Vestre og Nordre Aker er regelmessig fysisk aktiv på fritiden, mens andelen er godt under 20 prosent i flere delbydeler i Stovner, Alna og Søndre Nordstrand (se vedlegg 1 for definisjon av dette begrepet). Blant personer født i Norge er 37 prosent fysisk aktiv, mens andelen er kun 14 prosent blant personer født i Asia og 17 prosent blant personer født i Afrika.

Flere kvinner enn menn har indikasjon på et sunt kosthold

Undersøkelsen viser at andelen med indikasjon på et sunt kosthold, er 43 prosent blant kvinner og 27 prosent blant menn (se vedlegg 1 for definisjon av dette begrepet). Blant personer med grunnskole som høyeste fullførte utdanning, har 24 prosent indikasjon på et sunt kosthold, mens andelen blant personer med høyere utdanning er 44 prosent. Rundt 19 prosent av personer som oppgir at det er svært vanskelig å få pengene til å strekke til i det daglige, har indikasjon på et sunt kosthold. Tilsvarende andel blant personer som oppgir at det er svært lett å få pengene til å strekke til i det daglige, er 48 prosent (se Figur 5).

Noen flere menn enn kvinner røyker

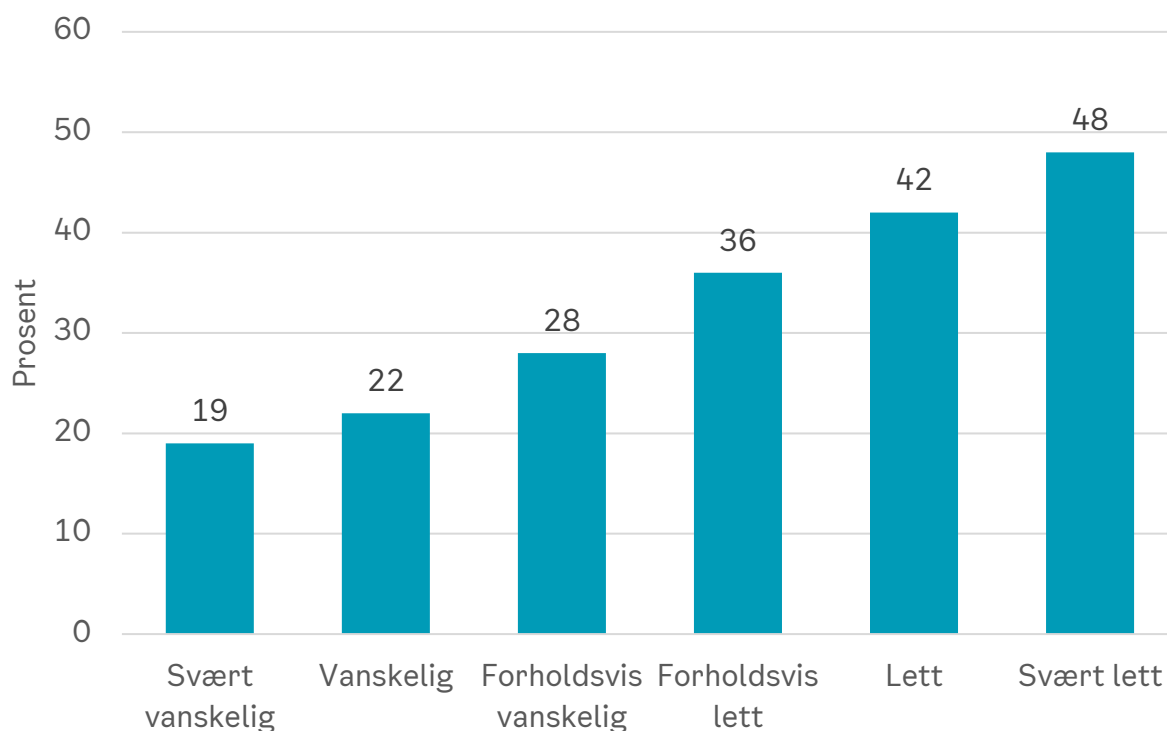
Undersøkelsen viser at hver sjettede innbygger røyker daglig eller av og til. Andelen som røyker er noe høyere blant menn (19 prosent) enn blant kvinner (14 prosent). Av de som røyker svarer 58 prosent at de gjør det av og til, mens 42 prosent røyker daglig. Av- og til-røyking er relativt utbredt blant unge voksne i alderen 18–29 år (16 prosent), mens få av disse røyker daglig (4 prosent). Andelen som røyker daglig i Oslo er noe lavere enn landsgjennomsnittet, men samtidig er det flere som bruker snus.

Andelen som røyker daglig, er betydelig høyere blant innvandrer menn fra visse land. Hele 39 prosent av menn født i Syria røyker, det samme gjør nærmere 20 prosent av menn født i Ukraina, Pakistan, Polen og Irak.

Høyt rusbruk i Oslo, særlig blant unge voksne

Undersøkelsen viser at 16 prosent kvinner og 30 prosent menn har et helseskadelig alkoholforbruk (se vedlegg 1 for definisjon av dette begrepet). Blant unge voksne er andelen 27 prosent blant kvinner og 40 prosent blant menn. Sammenlignet med andre fylker i Norge, er andelen med helseskadelig alkoholforbruk i Oslo 4–10 prosentpoeng høyere.

I alt er det 9 prosent av befolkningen som oppgir at de har brukt hasj, marihuana eller andre cannabisprodukter det siste året, mens 5 prosent har brukt andre narkotiske stoffer. Blant unge voksne 18–29 år, svarer hver sjette kvinne og hver fjerde mann at de har brukt hasj eller annet narkotisk stoff siste år. Bruk av illegale rusmidler er høyest i bydelene Gamle Oslo, Grünerløkka og St. Hanshaugen.



Figur 5. Andel med indikasjon på sunt kosthold etter hvor vanskelig det er å få pengene til å strekke til i det daglige. Innbyggere 18 år eller eldre. Oslo. 2024. Vektete tall.

6. Alvorlige livshendelser

Bakgrunn

Alvorlige hendelser som ulykker, vold og overgrep er blant de viktigste risikofaktorene for redusert helse i Oslo blant de under 50 år (15). Alvorlige hendelser er hendelser som er så skremmende og livstruende at det medfører betydelige stressreaksjoner hos de fleste som blir rammet. Eksempler på reaksjoner er tilbakevennende minner, kroppslige spenninger, nedstemthet, uro, hjelpeløshet og sosial isolasjon (14). Vanligvis går symptomene over av seg selv. For noen kan de bli langvarige og gå ut over helse og fungering, og enkelte kan utvikle posttraumatisk stresslidelse (PTSD).

Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024 tilfører Oslo ny kunnskap på omfang av alvorlige livshendelser i ulike perioder av livet – både i barndommen og i voksen alder. Undersøkelsen gir også bedre kunnskap om enkelthendelser som vold og overgrep. Denne kunnskapen vil blant annet bli viktig i oppfølging av delmål 1.5 i Folkehelsestrategi for Oslo om å redusere omfang av vold og overgrep i befolkningen og delmål 2.5 om implementering av traumeinformert praksis i kommunale tjenester (3).

Høyt omfang av alvorlige livshendelser i Oslo

Undersøkelsen viser at 7 av 10 innbyggere rapporterer å ha blitt utsatt for minst én alvorlig livshendelse i løpet av livet, mens 1 av 10 oppgir å ha blitt utsatt for det i løpet av det siste året. Videre er det 4 av 10 innbyggere som har opplevd minst én alvorlig livshendelse i barndommen. De vanligste hendelsene er knyttet til grov fysisk vold, psykisk vold og brå dødsfall blant nærmeste (f.eks. alvorlige ulykker, selvmord).

Funksjonshindrede og enkelte innvandregrupper mer utsatt

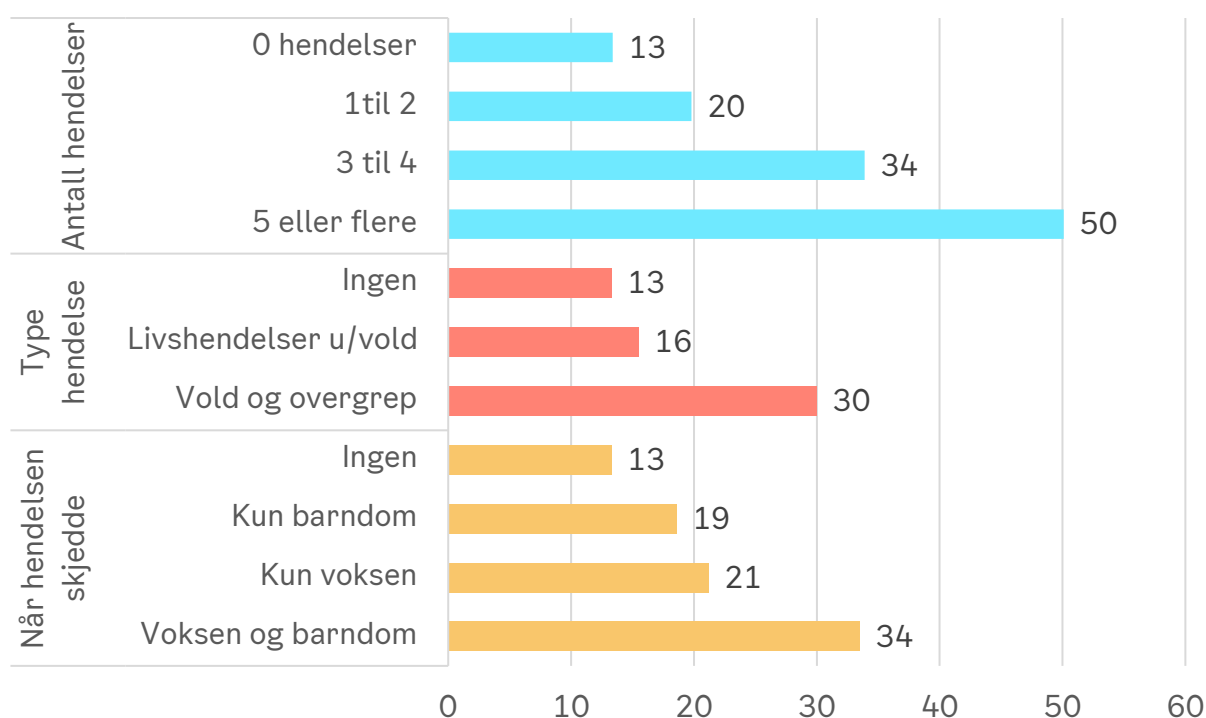
Undersøkelsen viser at alvorlige livshendelser er vanligere blant funksjonshindrede og enkelte grupper av innvandrere. For eksempel oppgir mellom 50 og 60 prosent av innbyggerne med fødeland Polen, Ukraina, Somalia og Irak å ha opplevd minst én alvorlig livshendelse i barndommen, mot 38 prosent blant innbyggerne med fødeland Norge.

Alvorlige livshendelser henger sammen med levekår

Undersøkelsen viser at 20 prosent av innbyggere som har det svært vanskelig med å få pengene til å strekke til, rapporterer minst én alvorlig livshendelse i løpet av det siste året. Til sammenligning er andelen 6 prosent blant dem som opplever dette som svært lett. Levekår i voksen alder har også sammenheng med utsatthet for hendelser i barndommen. For eksempel oppgir 53 prosent av innbyggerne som står utenfor arbeidslivet om minst én barndomshendelse, mot 39 prosent blant dem som er i arbeid.

Forskjeller i helse og livskvalitet etter antall, type og når i livet hendelsen skjedde

Undersøkelsen viser at jo flere typer alvorlige livshendelser innbyggerne har opplevd i livet, desto dårligere kommer de ut på ulike mål på helse og livskvalitet. Helse og livskvalitet er også assosiert med type hendelse: de som har blitt utsatt for vold eller overgrep har dårligere helse og lavere livskvalitet sammenlignet med de utsatt for mer tilfeldige typer livshendelser som brå dødsfall blant nærmeste, naturkatastrofer eller livstruende sykdom eller skade. Vi finner videre at de som har opplevd en alvorlig livshendelse både i barndommen og i voksen alder, har det vanskeligere enn dem som bare har opplevd hendelsen kun i barndommen, kun i voksen alder eller ikke i det hele tatt. Figur 6 viser andel med lav livstilfredshet fordelt etter antall, type og når i livet hendelsen skjedde.



Figur 6. Andel med lav livstilfredshet fordelt etter antall, type og når i livet hendelsen skjedde. Innbyggere 18 år og eldre. Oslo. 2024. Vektete tall.

7. Ensomhet og sosialt felleskap

Bakgrunn

Ensomhet og utenforskap har fått økt oppmerksomhet i samfunnet de siste årene og omtales som en folkehelseutfordring (16). I Planstrategi for Oslo kommune 2024–2027 er ungt utenforskap en av kommunens viktigste utfordringer (17). Oslohelsa 2023 og flere norske undersøkelser har vist en betydelig økning i ensomheten blant unge voksne de siste årene, mens blant eldre har det vært en nedgang (4, 18-20). Ensomhet kommer som følge av savn etter tilhørighet og at behovet etter sosial kontakt ikke blir møtt. Ensomhet kan også reflektere sosial utstøtning.

Å styrke ressurser som felleskap, sosial støtte, deltakelse og tillit er en sentral del av folkehelsearbeidet i Oslo kommune (3). Slike ressurser er ikke bare viktig i forebyggingen av ensomhet. Det kan også være buffere mot stress, og fremme generell helse og livskvalitet (21). Sterke felleskap er også viktig for samfunnsberedskapen (17).

Gode sosiale relasjoner blant unge, men også mye ensomhet

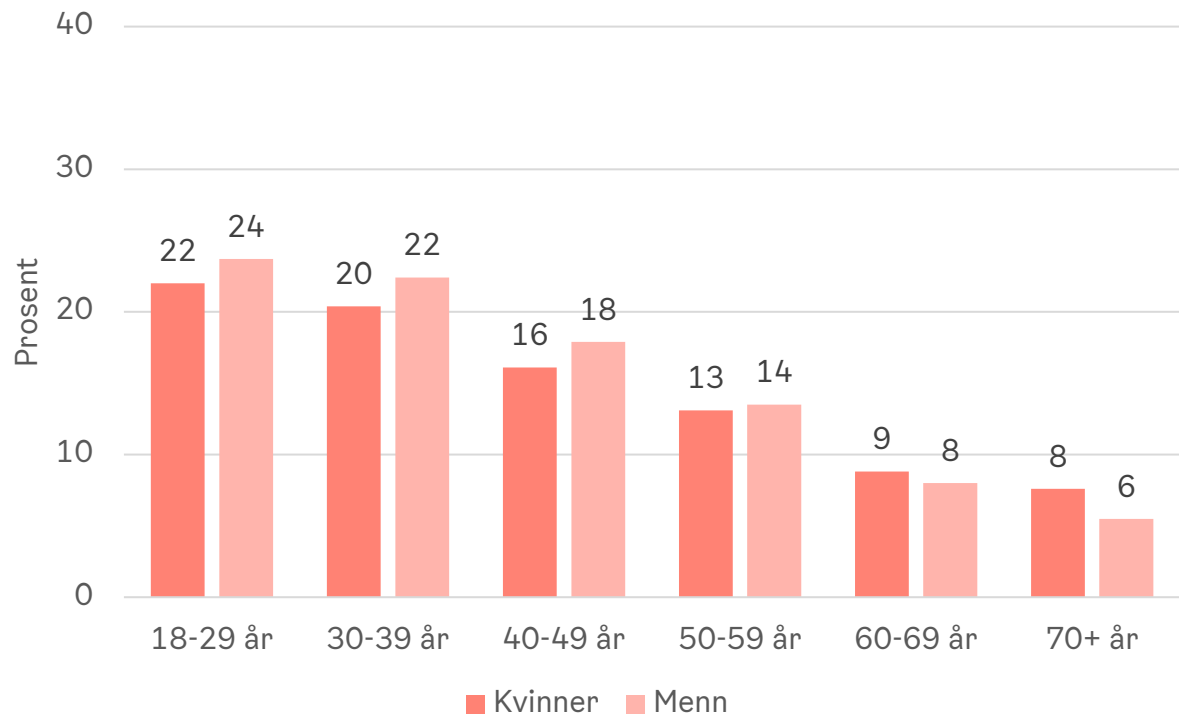
Undersøkelsen viser at 2 av 3 unge voksne i alderen 18–29 år i Oslo, svarer at de har ukentlig samvær med venner og familie og oppgir mer positive sosiale relasjoner enn gjennomsnittet i Oslo. Samtidig skårer 22 prosent av unge kvinner og 24 prosent av unge menn høyt på ensomhet. Dette er 3 til 4 ganger flere enn blant de i alderen ≥ 70 år, som er den aldersgruppen med minst ensomhet (Figur 7).

Enkelte minoritetsgrupper er mer utsatt for ensomhet og utenforskap

Undersøkelsen viser at det blant funksjonshindrede er 41 prosent som oppgir at de er ensomme. Til sammenligning er andelen 12 prosent blant dem som ikke er funksjonshindret. Høye andeler av ensomhet finner vi også blant enkelte grupper av innvandrere, f.eks. personer med fødeland Syria (42 prosent) og Irak (37 prosent) og i lhbt+-miljøet (27 prosent). I den generelle befolkningen er andelen med ensomhet 17 prosent.

Tegn til utfordringer med det sosiale felleskapet

Undersøkelsen viser at hver fjerde Osloborger rapporterer om lav grad av sosial støtte. Over halvparten svarer at de deltar aldri eller sjelden i frivillig arbeid eller organisert aktivitet på fritiden. Andelen med lite tillit til andre mennesker er mellom 60 og 70 prosent i noen grupper, f.eks. blant innbyggere med svært vanskelig økonomisk situasjon og blant innbyggere med fødeland Polen, Ukraina, Syria og Irak.



Figur 7. Andelen med høy grad av ensomhet, etter kjønn og alder. Innbyggere 18 år eller eldre. Oslo. 2024. Vektete tall.

8. Bo- og nærmiljø

Bakgrunn

I henhold til Folkehelseloven (6), har kommunen og bydelene et særskilt ansvar å tilrettelegge for helsefremmende bo- og nærmiljøer. Innsatsområde 3 i Folkehelsestrategi for Oslo handler om å skape gode, trygge og inkluderende nabolag og felles møteplasser som kan styrke felleskap og deltakelse (3).

Oslo har gode objektive data på bo- og nærmiljøforhold. Likevel vil fysiske kvaliteter, personlige egenskaper og andre faktorer påvirke hvordan dette oppleves av innbyggerne. Dataene fra Folkehelseundersøkelsen i Oslo vil derfor supplere de mer objektive dataene, der innbyggerne selv kan beskrive hvordan de opplever sine bo- og nærmiljøer.

De fleste er trygg i nærmiljøet, men det er variasjoner mellom bydeler og delbydeler

Undersøkelsen viser at Oslo kommer dårligere ut på trygghet i nærmiljøet sammenlignet med tilsvarende undersøkelser i andre fylker i Norge. Likevel er tryggheten i Oslo relativt høy sett i lys av at Oslo er en storby med de utfordringer dette innebærer. 1 av 10 innbyggere oppgir lav grad av trygghet når de ferdes i nærmiljøet, mens 9 av 10 rapporterer moderat eller høy grad av trygghet. Samtidig varierer graden av trygghet mellom ulike deler av byen. Figur 8 viser hvordan andelen med høy grad av trygghet fordeler seg i Oslo totalt og i ulike delbydeler.

Om lag halvparten har utfordringer med boligen

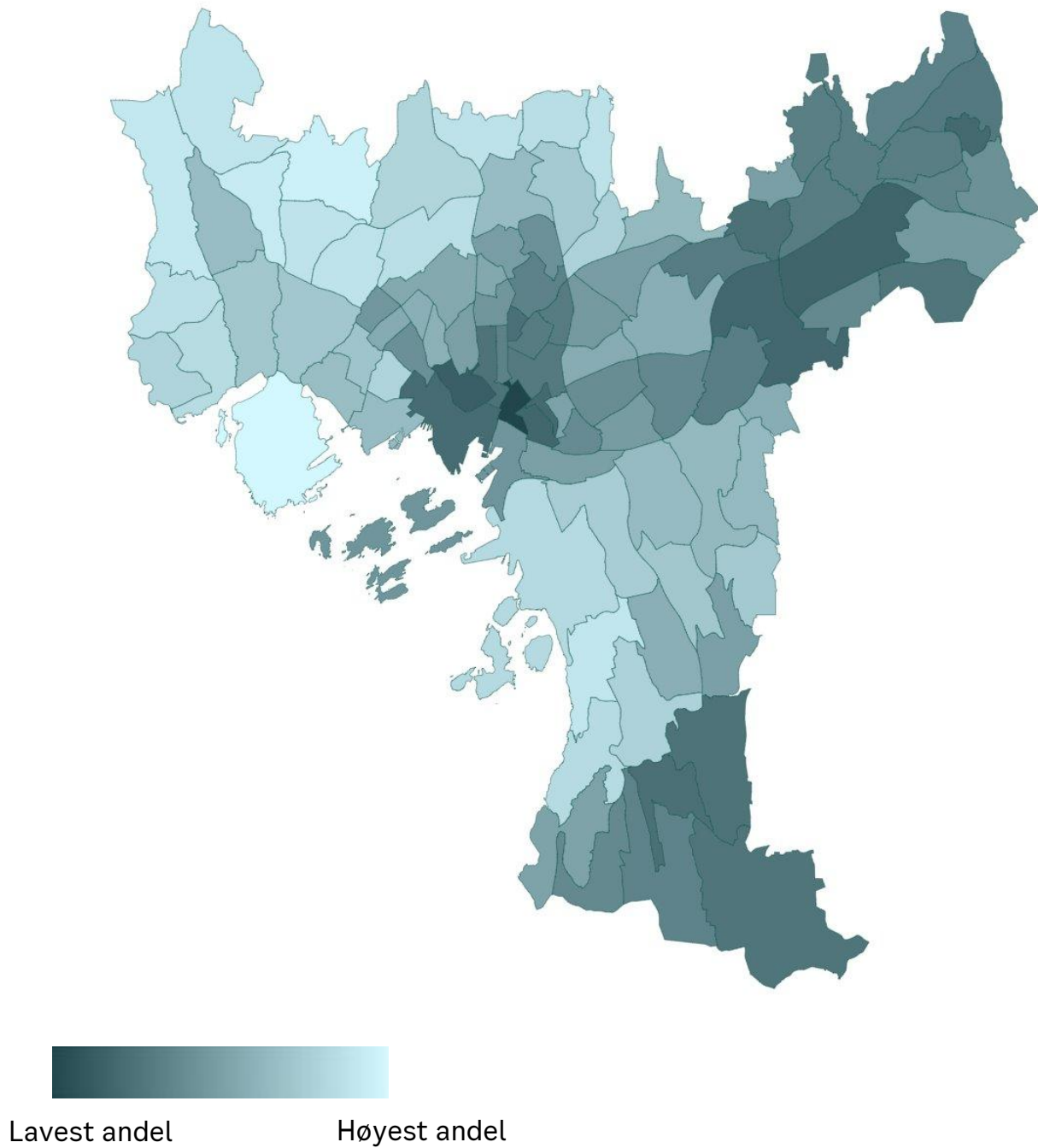
Undersøkelsen viser at det blant Oslos innbyggere er 45 prosent som oppgir minst en utfordring ved boligen sin. Utfordringene som er kartlagt inkluderer at boligen er for liten eller problemer med fukt, råte, støy, luftforurensning eller lite dagslys. Når vi ser på store utfordringer ved boligen – altså de som oppgir 3 eller flere problemer – er andelen 8 prosent i Oslo totalt og i noen sentrumsnære bydeler er andelen så høy som 20 prosent.

Flest plaget av støy fra naboer og veitrafikk

Undersøkelsen viser at støy er den vanligste utfordringen ved egen bolig som blir rapportert. Hver sjuende innbygger er mye plaget av støy i egen bolig, hver femte blant unge voksne (18–29 år), og utfordringen størst i sentrumsnære områder. De mest plagsomme støykildene er naboer, veitrafikk og bygg- og anleggsvirksomhet.

Konsentrasjon av uheldige nærmiljøforhold i noen områder av byen

Undersøkelsen viser at noen delbydeler i Oslo, som Fossum, Vestli, Rommen, Furuset, Bjørnerud og Grønland, har en opphopning av uheldige sosiale nærmiljøforhold. Det gjelder lav grad av trygghet og tilhørighet i nærmiljøet, liten tillit til andre mennesker og lite sosial støtte fra naboer.



Figur 8. Andel med høy grad av trygghet i nærområdet. Innbyggere 18 år eller eldre. Oslo totalt og delbydeler. 2024. Uvektede tall.

9. Bruk og behov for helsetjenester

Bakgrunn

Helse- og omsorgstjenesteloven (22) pålegger kommunen å tilby nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til sine innbyggere. Som fylkeskommune har også Oslo kommune ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten. Foruten behandling og rehabilitering skal disse tjenestene bidra i kommunens folkehelsearbeid ved å fremme helse og forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Oslos folkehelsestrategi peker på en jevnere geografisk fordeling av helse- og omsorgstjenester i byen, samt en styrket tilpasning av disse til innbyggernes behov, som viktige delmål (3).

Ved bruk av data fra kommunale fagsystemer og nasjonale helseregistre kan det utarbeides statistikk over befolkningens bruk av offentlige helsetjenester. Imidlertid mangler vi kunnskap om bruk av private tjenesteleverandører. Videre kjenner vi lite til omfanget av udekket behov for helsetjenester. Vi trenger også mer detaljert kunnskap om barrierer som hindrer folk i å ta kontakt når de trenger hjelp. For å dekke disse kunnskapshullene inkluderte Folkehelseundersøkelsen i Oslo spørsmål om selvrapportert bruk av og behov for følgende helsetjenester: legehjelp, profesjonell hjelp for psykiske plager og hjelp fra tannlege/tannpleier. For personer med et udekket behov for disse tjenestene, spurte vi i tillegg hva grunnen var til at de ikke hadde oppsøkt hjelp.

1 av 10 innbyggere har udekket behov for psykiske helsetjenester og tannhelsetjenester

Undersøkelsen viser at om lag 3 av 10 innbyggere i Oslo rapporterer at de har hatt behov for profesjonell hjelp for psykiske helseplager det siste året (se Figur 9), og av disse er det 37 prosent som ikke har søkt om hjelp. Dvs. at 11 prosent av befolkningen i Oslo har et udekket behov for psykiske helsetjenester (se vedlegg 1 for definisjon av dette begrepet).

Andelen med et udekket behov er omtrent like høy for tannhelsetjenester (9 prosent), men lavere for legehjelp (4 prosent), siden de fleste med et opplevd behov for denne tjenesten også oppsøkte hjelp (se Figur 9).

Økonomi er en viktig årsak til udekket tjenestebehov

Undersøkelsen viser at økonomi er den viktigste årsaken til et udekket behov for både psykiske helsetjenester og tannhelsetjenester. Blant innbyggerne som rapporterer et udekket behov for psykiske helsetjenester, er det 39 prosent som oppgir at de ikke har søkt hjelp fordi de ikke har råd. Blant innbyggerne som rapporterer et udekket behov for tannhelsetjenester, er denne andelen 68 prosent. For psykiske helsetjenester var det å ikke vite hvor man skal henvende seg (32 prosent), det å ha tidligere erfart å ikke få hjelp (30 prosent) og det at det er vanskelig å få time (29 prosent), også viktige grunner til å ikke oppsøke hjelp.

Høyere udekket tjenestebehov blant minoritetsgrupper

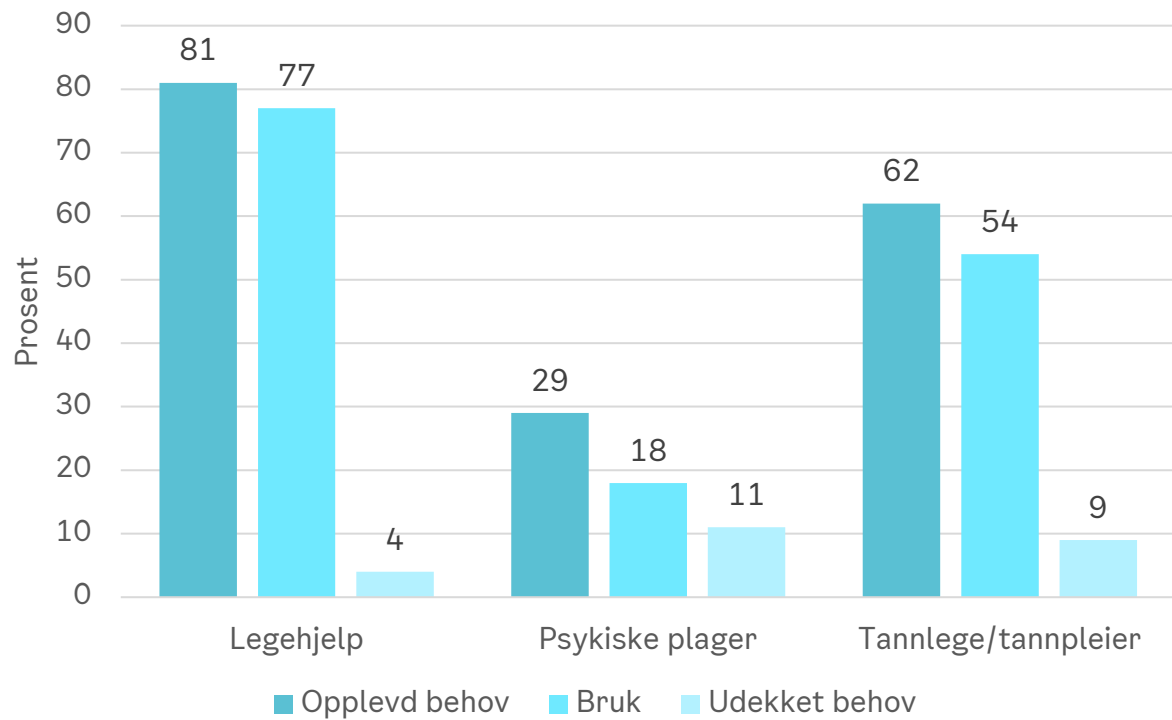
Undersøkelsen viser at både funksjonshindrede og skeive har et høyere udekket behov for helsetjenester enn befolkningen ellers. Dette gjelder særlig for funksjonshindrede, hvor andelen med udekket behov er omtrent dobbelt så høy for legehjelp (8 prosent), psykiske helsetjenester (21 prosent) og tannhelsetjenester (18 prosent). Tilsvarende andeler for skeive er 6 prosent, 18 prosent og 13 prosent.

Blant årsaker til ikke å søke hjelp, nevnes transportproblemer og manglende tilrettelegging/universell utforming oftere blant personer med funksjonshindringer enn personer uten slike hindringer. Udekket behov for helsetjenester er også noe høyere i innvandrerbefolkningen, særlig blant personer født i ikke-vestlige land (Europa utenom EU/EØS, Asia, Afrika og Amerika utenom USA/Canada).

Mange innbyggere bruker private helsetjenester

Undersøkelsen viser at selv om fastlege er den hyppigste brukte tjenesten for både legehjelp og psykiske plager, er bruk av private helsetjenester også vanlig. Blant annet oppgir 22 prosent av befolkningen å ha vært i kontakt med privat sykehus (f.eks. Aleris) eller privat legetjeneste (f.eks. Dr. Dropin) for legehjelp det siste året.

Bruk av private helsetjenester påvirkes også av innbyggerens økonomiske situasjon. Mens personer som rapporterer at det er vanskelig å få pengene til å strekke til i det daglige i større grad bruker tjenester som fastlege, legevakt og RPH (rask psykisk helsehjelp) for sine psykiske plager, oppsøker personer som rapporterer at det er lett å få pengene til å strekke til oftere hjelp hos privat psykolog eller psykiater.



Figur 9. Andel med behov for og bruk av helsetjenester, etter tjenesteområde. Innbyggere 18 år eller eldre. Oslo. 2024. Vektete tall.

Referanser

1. Vedaa Ø, Knapstad M, Nilsen TS, Aarø LE, Nes RB, Hussaini L, Nguyen TT, Indseth T. Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024: Fremgangsmåte og utvalgte resultater. Rapport. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2024. Hentet fra: [Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024: Fremgangsmåte og utvalgte resultater](#)
2. Oslo kommune. Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024 [Interaktiv rapport]. Oslo: Oslo kommune; 2025. Sist oppdatert: 01.07.2025. Hentet fra: [Microsoft Power BI](#)
3. Oslo kommune. Folkehelsestrategi for Oslo (2023-2030). Oslo: Oslo kommune; 2024. Hentet fra: [Folkehelsestrategi for Oslo \(2023-2030\)](#)
4. Oslohelse. Oslo: Helseetaten, Oslo kommune; 2023. Hentet fra: [Statistikk - Oslo kommune](#)
5. Helsedirektoratet. Sosial ulikhet i helse. Oslo: Helsedirektoratet; 2018. Sist endret: 30.08.2018. Hentet fra: [Sosial ulikhet i helse - Helsedirektoratet](#)
6. Lov om endringer i folkehelseloven. LOV-2025-06-20-69 [hentet 22.08.2025]. Hentet fra: [Lov om endringer i folkehelseloven m.m. \(krav til systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid, helsemessig beredskap\) - Lovdata](#)
7. Tesli MS, Kirkøen B, Handal M, Torvik FA, Knudsen AKS, Odsbu I, et al. Psykiske plager og lidelser hos voksne. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2023. Hentet fra: [Psykiske plager og lidelser hos voksne - FHI](#)
8. Kinge JM, Dieleman JL, Karlstad Ø, Knudsen AK, Klitkou ST, Hay SI, m. fl. Disease-specific health spending by age, sex, and type of care in Norway: A national health registry study. BMC Medicine. 2023;21(1):201.
9. Kinge JM, de Linde A, Dieleman JL, Vollset SE, Knudsen AK, Aas E. Production losses from morbidity and mortality by disease, age and sex in Norway. Scand J Public Health. 2023;14034948231188237.
10. Nav Oslo. Nav Oslos omverdensanalyse 2025–2035. NAV Oslo: Oslo; 2025. Hentet fra: [Nav Oslos omverdensanalyse - nav.no](#)
11. Folkehelseinstituttet. Sykdomsbyrde i Oslo. Hovedresultater fra Global Burden of Disease prosjektet, 2021. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2024.
12. Helsedirektoratet. Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2019-2021. Oslo: Helsedirektoratet; 2024.
13. Helsedirektoratet. Helseatferd og helse. I: Sektorrapport for Folkehelse. Oslo: Helsedirektoratet; 2021 [endret 21. oktober 2021]. Hentet fra: [Helseatferd og helse - Helsedirektoratet](#).
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. American Psychiatric Publishing, Inc.; Arlington, VA: 2013.
15. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease (GBD) Compare Seattle WA: IHME; 2022. Hentet fra: [VizHub - GBD Compare](#).
16. The Lancet. Loneliness as a health issue [Editorial]. Lancet. 2023;402(10396);79.
17. Oslo kommune. Planstrategi for Oslo kommune 2024-2027. Med planprogram for revisjon av kommuneplanens samfunnsdel. Vedtatt 19.06.2024. Oslo: Oslo kommune;

2024. Hentet fra: Vedtatt Planstrategi 2024-2027 for Oslo kommune med planprogram for kommuneplanens samfunnsdel
18. Parlikar N, Kvaløy K, Strand LB, Espnes GA, Moksnes UK. Loneliness in the Norwegian adolescent population: prevalence trends and relations to mental and self-rated health. *BMC Psychiatry*. 2023;23(1);895.
 19. Barstad, A. Blir vi stadig mer ensomme. *SSB-analyse*. Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå; 2021. Hentet fra: Blir vi stadig mer ensomme? - SSB.
 20. Aunsmo RH, Langballe EM, Hansen T, Selbæk G, Strand BH. Time trends in loneliness from 1984 to 2019 among 27,032 older adults in Norway: A HUNT study. *Prev Med*. 2023;175;107659.
 21. Uchino BN, Cacioppo JT, Kiecolt-Glaser JK. The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychol. Bulletin*. 1996;119(3);488.
 22. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30. Hentet fra: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) - Lovdata

Vedlegg 1. Definisjoner av variabler som brukes i rapporten

Begrep	Definisjon
Alvorlige livshendelser	Spørsmålene på alvorlige livshendelser er hentet fra Stressful Life Events Screening Questionnaire-revised (SLESQ). For å bli definert med alvorlige livshendelser, må deltakerne ha krysset av for minst en av følgende kategorier av hendelser: 1) livstruende sykdom eller skade, 2) alvorlig ulykke, 3) brå død blant nærmeste, 4) grov fysisk vold, 5) psykisk vold, 6) uønsket seksuell omgang, 7) annen alvorlig livshendelse som krig, terror, naturkatastrofer, alvorlig forgiftning, tortur eller lignende. For hver kategori av hendelse, kunne deltakerne krysse av for om de har vært utsatt i barndommen, i voksen alder eller i løpet av de siste 12 månedene.
Egenvurdert helse	Svar på følgende spørsmål: «Hvordan vurderer du alt i alt din egen helse?». Svaralternativene er: 1. Svært god 2. God 3. Verken god eller dårlig 4. Dårlig 5. Svært dårlig. “God egenvurdert helse” er de som har svart i kategoriene «Svært god» og «God». “Dårlig egenvurdert helse” er de som har svart i kategoriene «Dårlig» eller «Svært dårlig».
Ensomhet (høy grad)	Målet på ensomhet er basert på en forkortet versjon av UCLA Loneliness Scale (UCLA-3) og består av følgende tre spørsmål: «Hvor sjelden eller ofte føler du... 1. at du savner noen å være sammen med?; 2. deg utenfor? ; 3. deg isolert fra andre?», med svaralternativene 1 ("Aldri") , 2 ("Sjelden"), 3 ("Av og til"), 4 ("Ofte") og 5 ("Svært ofte"). Det ble laget en sumskåre av de tre spørsmålene som går fra 3 til 15 poeng, der høyere skåre betyr mer ensomhet. Deltakere som svarer 10 til 15 poeng på denne skåren, beskrives som «ensomme» i denne rapporten.

Begrep	Definisjon
Funksjons- hindrede	Spørsmål om funksjonshindring er basert på 5 spørsmål fra Washington Group Short Set of Functioning Scale. Deltakere som har svart «store vansker» eller «klarer ikke i det hele tatt» på minst en av følgende typer av funksjonsnedsettelse: 1) nedsatt syn, 2) nedsatt hørsel, 3) bevegelsesutfordringer, 4) hukommelses- eller konsentrasjonsvansker, og 5) vansker med daglige gjøremål. Begrepene funksjonsnedsettelse og funksjonshindret brukes som synonymer i denne rapporten. Begrepet funksjonshindrede er i tråd med anbefalingene i NOU 2023:13 "På høy tid. Realisering av funksjonshindredenes rettigheter": <u>NOU 2023: 13.</u>
Helseskadelig alkoholforbruk	Her definert som å drikke 6 enheter eller mer ved en og samme anledning enten månedlig eller oftere.
Langvarige helse- problemer	De som har svart «ja» på spørsmålet: «Har du noen langvarige sykdommer eller helseproblemer? Vi tenker også på sykdommer eller problemer som er sesongbetonte, eller som kommer og går. Betingelsen er at den/de har vart, eller forventes å vare i minst seks måneder.» I tillegg må deltakerne ha krysset av for «i stor grad» på følgende spørsmål: «I hvilken grad påvirker disse sykdommene eller helseproblemene hverdagen din?».
Livstilfredshet (lav)	Svart 0 til 5 poeng på en skala fra 0 til 10 på følgende spørsmål: «Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tiden?»
Lhbt+	Deltaker må ha krysset av for en av følgende kategorier på spørsmål om kjønnsidentitet: «Ikke-binær», «Transperson» eller «Annen kjønnsidentitet». Eller krysset av for en av følgende kategorier på spørsmål om seksuell orientering: «Homofil», «Bifil», «Lesbisk», «Panfil» eller «Annen seksuell orientering».
Regelmessig fysisk aktivitet	Svar på spørsmål om hyppighet, varighet og intensitet på fysisk aktivitet på fritiden. Regelmessig fysisk aktivitet er definert som ≥ 150 minutter / uke med moderat intensitet, eller ≥ 75 minutter / uke med høy intensitet på fritiden.
Overvekt / fedme	Selvrapporterte høyde og vekt. Overvekt og fedme er definert ved å beregne kroppsmasseindeks (KMI). KMI 25,0 til 29,9 defineres som overvekt. KMI 30,0 og over defineres som fedme.

Begrep	Definisjon
Psykiske plager	En gjennomsnittsverdi over 2,00 på Hopkins Symptom Checklist (HSCL-5). I dette måleinstrumentet bes deltakerne oppgi i hvilken grad de har vært plaget av nervøsitet, redsel, håpløshet, nedtrykthet og bekymring den siste uken. Svaralternativene er «Ikke plaget» (1 poeng), «Litt plaget» (2 poeng), «Ganske mye plaget» (3 poeng) og «Veldig mye plaget» (4 poeng).
Sosial støtte (lav)	Sosial støtte måles av Oslo-3 Social Support Scale (OSS-3). Basert på svarene fra de tre spørsmålene, lages det en totalskåre som går fra 3 til 14 poeng, der høyere skåre indikerer høyere sosial støtte. De som svarer 3 til 8 poeng, defineres som «lav sosial støtte».
Sunt kosthold	Det er krevende å kartlegge hva som regnes som sunt kosthold. Tallene som vises her tar utgangspunkt i inntak av frukt og bær, grønnsaker, grove kornprodukter og fisk. Personer med indikasjon på et sunt kosthold oppfyller 3 av 4 følgende kriterier: 1. Spiser frukt eller bær daglig 2. Spiser grønnsaker daglig 3. Spiser grove kornprodukter daglig 4. Spiser fisk ukentlig.
Tillit til andre mennesker (lav grad)	Svart 0 til 5 på skala fra 0 til 10 poeng på følgende spørsmål: 'Vil du stort sett si at folk flest er til å stole på, eller at en ikke kan være for forsiktig når en har med andre å gjøre?'
Udekket og opplevd behov for helsetjenester	Personer med udekket behov er personer som ikke har søkt hjelp tross et opplevd behov for helsetjenester. Personer med opplevd behov er personer som svarer at de har hatt behov for helsetjenester de siste 12 måneder, uavhengig av om de har søkt hjelp eller ikke.
Opplevd økonomisk situasjon	Opplevd økonomisk situasjon er kartlagt ved hjelp av følgende spørsmål: «Dersom du bor alene, tenk på din samlede inntekt. Dersom du bor sammen med andre, tenk på den samlede inntekten til alle i husholdningen. Hvor lett eller vanskelig er det for deg/husholdningen å få pengene til å strekke til i det daglige, med denne inntekten?» Svaralternativene er presentert i figurer i rapporten.

Vedlegg 2: Oversikt over temaer i Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024

Denne tabellen viser hoved- og undertemaene i Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024 fra basis- og tilleggsmodul. Hele spørreskjemaet finnes på [hjemmesiden](#).

Hovedtema	Undertema
Generell helse	- Egenvurdert helse - Egenvurdert tannhelse - Aktivitetsbegrensninger
Helseutfordringer / sykdommer	- Overvekt/fedme - Muskel-skjelettplager - Forebyggbare sykdommer (diabetes, hjertekarsykdom, kols, astma) - Psykiske plager - Insomni / langvarige søvnplager - Rusavhengighet
Levevaner	- Søvnlengde - Fysisk aktivitet i fritid og jobb - Kosthold - Røyking - Snus - Alkoholinntak - Narkotika - Avhengighetsskapende legemidler
Ensomhet, sosiale relasjoner og felleskap	- Ensomhet - Sosial støtte - Sosial kontakt med familie og venner - Deltakelse i organisasjonsliv / frivillighet - Tillit til andre mennesker
Subjektiv livskvalitet	- Affektiv livskvalitet - Kognitiv livskvalitet - Eudaimonisk livskvalitet
Økonomi	- Subjektiv fattigdom - Uforutsette utgifter

Hovedtema	Undertema
Alvorlige livshendelser	• Alvorlig ulykker • Livstruende skade eller sykdom • Plutselig dødsfall blant nærmeste • Vold og overgrep • Vold i nære relasjoner • Andre hendelser
Generell helsekompetanse	Å finne, vurdere, forstå og bruke helseinformasjon tilknyttet følgende områder: 1) Helsetjenester, 2) forebygging av sykdom, 3) helsefremming
Bruk og behov for helsetjenester	• Legetjenester • Psykiske helsetjenester • Tannlegetjenester
Bo- og nærmiljø	• Eie / leie bolig • Trangboddhet • Skade, fukt og råte i husstand • Umiddelbar tilgang til grøntområder • Luftforurensning- og støyplager • Trygghet i nærområdet • Tilhørighet til nærområdet
Utvalgte grupper	• Innvandrerbefolkning • Funksjonshindrede (nedsatt syn- og hørsel, nedsatt bevegelse, konsentrasjons- og hukommelsesutfordringer) • LHBTQ+