

HELSEPROFIL FOR OSLO

BARN OG UNGE

Liv Grøtvedt
og
Anne Gimmestad

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. 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 bearbejdede 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

Innholdsfortegnelse

<i>Bakgrunn</i>	5
<i>Datagrunnlag</i>	6
<i>Barnevernstiltak</i>	10
<i>Grunn- og hjelpestønad</i>	11
<i>Fødsler og provoserte aborter</i>	12
<i>Spedbarnsdødelighet</i>	14
<i>Utskrivninger fra sykehus for spedbarn</i>	15
<i>Skader og forgiftninger</i>	16
<i>Tannhelse</i>	16
<i>Minoritetsbakgrunn, sivilstatus og økonomi i ung-HUBRO</i>	20
<i>Vurdering av egen helse</i>	21
<i>Astma, bronkitt og hørsnue</i>	24
<i>Psykisk helse</i>	26
<i>Røyking</i>	28
<i>Alkoholbruk</i>	31
<i>Ungdom og narkotikabruk</i>	33
<i>Bruk av TV, video og PC</i>	34
<i>KMI – kroppsmasseindeks</i>	36
<i>Fysisk aktiv eller inaktiv?</i>	38
<i>Brus- eller coladriking</i>	40
<i>Mobbing</i>	41
<i>Vold</i>	42
<i>Seksuell debut</i>	44
<i>Bruk av helsestasjon for ungdom</i>	44
<i>Skolehelsetjeneste</i>	45
<i>Bidragstere</i>	47
<i>Referanser</i>	48

Bakgrunn

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 samarbeide 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 sykehusopphold, tannhelse og spedbarnsdødelighet, samt data fra Helseundersøkelsen i bydeler og regioner i Oslo, HUBRO eller ung-HUBRO, som ungdomsdelen av undersøkelsen har blitt kalt. Datakildene er beskrevet i bokser under de enkelte temaer der dette synes nødvendig. Datakilden ung-HUBRO beskrives her mer i detalj. Kildehenvisninger er gitt under tabeller og figurer.

I ungdomsundersøkelsen av HUBRO ble alle som gikk i 10. klasse bedt om å fylle ut spørreskjemaer i en dobbelt skoletime. De fleste av disse ungdommene var 15 eller 16 år. Svarprosenten ble 88, etter at nytt tilbud ble gitt. Biologiske prøver inngikk ikke i undersøkelsen, og data for høyde og vekt er selvrappor-tert. Selv om 88% av ungdommene svarte på undersøkelsen, vil det nok være en viss skjevhet i data- materialet, som skyldes at det sannsynligvis ikke er tilfeldig hvem som ikke var tilstede da undersø- kelsen pågikk. Det kan være større sykелighet blant ungdommene som ikke deltok, eller en overhyppig- het av andre problemer. Den høye svarprosenten vil likevel sikre god representativitet, og undersø- kelsen vil derfor gi et relativt godt bilde av ungdommenes helse og levestandard i år 2000-2001 i Oslo.

Tabell 1 viser antall jenter og gutter i de ulike grupper og inndelinger som vi bruker i ungdomsheftet. Inndelingene av laget på bakgrunn av bydelstilhørighet, og på bakgrunn av spørsmål i spørreskjemaet, se under. Antall svarpersoner vil 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 i dette ungdomsheftet likevel å presentere prosenter, uten å oppgi de absolutte tallene i hver tabell.

Tabell 1: Oversikt over antall deltakere i ung-HUBRO 2000-2001

	Jenter		Gutter	
	antall	%	Antall	%
Alle	3694		3611	
Ytre vest	1191	33	1212	35
Indre vest	236	7	228	7
Indre øst	304	9	283	8
Ytre øst	1826	51	1773	51
Total bydelsplassert	3557	100	3496	100
Planer om utdanning				
Videregående yrkesfag	637	17	818	23
Videregående allmenn	223	6	239	7
Universitet/ høyskole	2044	56	1882	53
Ubestemt/ annet	746	20	604	17
Total utdanningsplaner	3650	100	3543	100
Familiens økonomi				
Dårlig råd	122	3	96	3
Middels råd	1136	31	923	26
God råd	1968	54	1952	55
Svært god råd	400	11	568	16
Total økonomi	3626	100	3539	100
Gift eller skilte foreldre				
Skilt, separert, annet	1223	33	1129	32
Gift eller samboende	2459	67	2445	68
Total sivilstatus	3682	100	3574	100
Mors fødeland*				
Norge	2613	75	2531	76
Øst-Europa	75	2	67	2
Nord-Afrika/ Midtøsten	199	6	172	5
Sub Sahara-Afrika	87	3	77	2
Asia/ Stillehavet	427	12	437	13
Total, inkl. Vesten og Sør/Mellom-Amerika	3463	100	3348	100

* Vesten (37 gutter og 40 jenter) og Sør/Mellom-Amerika (27 gutter og 22 jenter) er ikke tatt med som egne grupper i ungdoms-heftet, fordi det var såpass få i gruppene

Inndeling av Oslo i regioner

Prosjektledelsen for ung-HUBRO har bestemt at det ikke er anledning til å bryte ned dataene på skolenivå eller bydeler. Det anbefales å bruke regionsnivå, fortrinnsvis inndelingen som ble brukt i Oslohelsa (Rognerud og Stensvold 1998).

Inndelingen i regioner i hele Helseprofil for Oslo følger Oslohelsas regioninndeling:

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 Helsefyr-Sinsen
- 15 Hellerud
- 16 Furuset
- 17 Stovner
- 18 Romsås
- 19 Grorud
- 20 Bjerke

Ønsker/ planer for egen utdanning

Inndelingen av ungdommene etter utdanning ble foretatt på bakgrunn av spørsmålet:

Hva er den høyeste utdanning du har tenkt å ta? Svaralternativene var

- Universitet eller høyskoleutdanning av høyere grad
- Universitet eller høyskoleutdanning på mellomnivå
- Videregående allmennfaglig/økonomisk administrative fag
- Yrkesfaglig utdanning på videregående skole
- Ett år på videregående
- Annet
- Har ikke bestemt meg

I tabellene er de to første kategoriene samlet til "universitet/ høyskole" og "ett år på videregående" plassert sammen med "videregående allmenn". De to siste kategoriene er samlet til "ubestemt/ annet".

Familiens økonomi

Inndelingen av ungdommene etter familiens økonomi ble foretatt på bakgrunn av spørsmålet:

Jeg tror vår familie, sett i forhold til andre i Norge, har:

- Dårlig råd
- Middels råd
- God råd
- Svært god råd

Ungdom med minoritetsbakgrunn

Klassifisering av ungdom med minoritetsbakgrunn følger retningslinjer som er utarbeidet av Statistisk sentralbyrå og Universitetet i Oslo. Ungdom med en forelder født i Norge inngår ikke i minoritetsgruppen. Det samme gjelder adopterte fra utlandet og de som er født i utlandet av norskfødte foreldre. Ungdommene ble spurt om hver av foreldrene var født i Norge eller i et annet land, og i tilfelle utland skulle det aktuelle landet oppgis.

Mors fødeland legges til grunn for inndelingen.

Vi har brukt en 7-delt inndeling av mors fødeland i dette heftet om ungdom:

1. Norge
2. Vest-Europa, Nord-Amerika, Australia
3. Øst-Europa
4. Nord-Afrika, Midtøsten (inkludert Tyrkia, Iran)
5. Afrika sør for Sahara (inkludert Somalia)
6. Asia, Stillehavet (inkludert Pakistan)
7. Mellom- og Sør-Amerika

Gruppe 2 og 7 ble så små at de ikke kunne danne egne grupper i dette materialet, og er derfor utelatt i inndelingen av fødeland (se tab.1).

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.

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 fremtømte skiller seg fra de ikke fremtømte. 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 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.

Barnevernstiltak

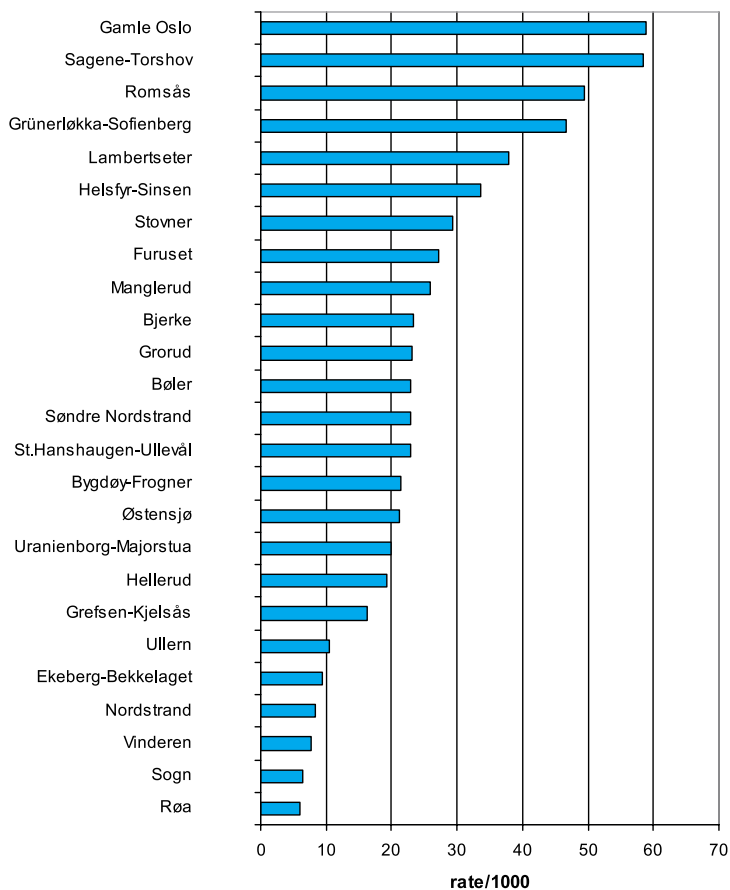
I år 2000 hadde Oslo 24 barn per 1000 i alderen 0-17 år med barnevernstiltak, og det var store forskjeller mellom bydelene. 13 bydeler hadde en økning i antall barn med barnevernstiltak, 9 bydeler hadde nedgang. For hele Oslo var det en økning på 2,8% fra 1999 til 2000.

I år 2000 var det 31 900 av i alt 1 044 700 barn i Norge som mottok tiltak fra barnevernet. Det var en økning på 3,7% (1150 barn) fra året før, og tallet på barn med tiltak fra barnevernet har aldri tidligere vært så høyt.

Det var stor forskjell mellom fylkene i andel barn med barnevernstiltak. Landsgjennomsnitt var ved utgangen av 2000 22 barn i alderen 0-17 år med tiltak per 1000 barn. Oslo hadde det fjerde høyeste antall i landet med 24 barn per 1000, Akershus det laveste med 17 barn per 1000.

Innen Oslo var det stor forskjell mellom bydelene. I Gamle Oslo var det ved utgangen av 2000 59 barn med tiltak per 1000 barn, mens det i Røa og Sogn bydeler var 6 per 1000. Det har vært en økning i antall barn med tiltak i 13 av bydelene fra 1999 til 2000, mens det har vært en nedgang i 9 bydeler. Totalt var det en økning i antallet barn med tiltak fra 1999 til 2000 på 2,8% i Oslo (Statistisk sentralbyrå 2002-a).

Figur 1. Barnevernstiltak i bydelene 1999-2000. Rate/1000 barn i alderen 0-17 år



Kilde: Statistisk sentralbyrå

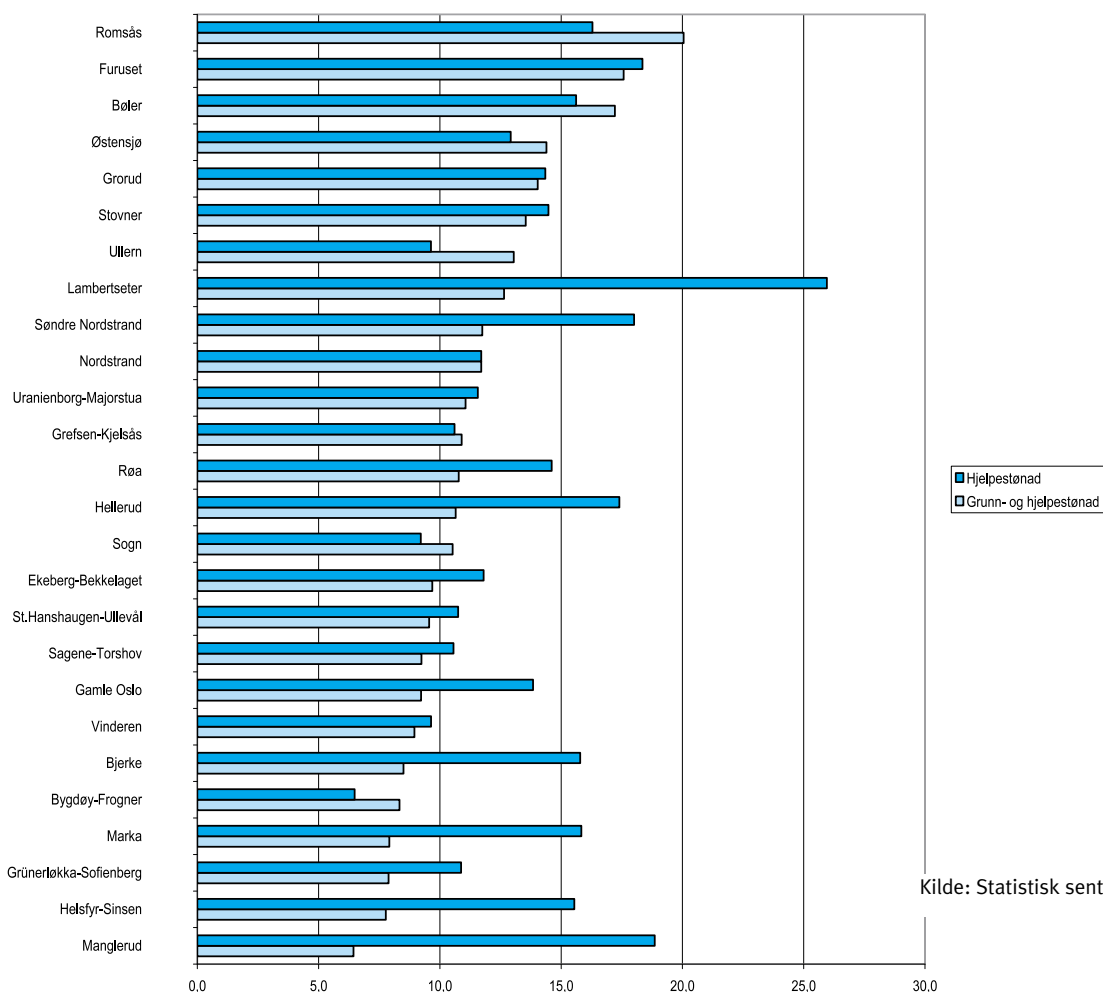
Grunn- og hjelpestønad

Antallet barn med grunn- og hjelpestønad har økt de siste 20 år. Diagnosene eksem og astma sto for en stor del av økningen.

For å få grunn- og hjelpestønad må man ha en varig sykdom. På landsbasis ble antall mottakere 0-15 år nesten tredoblet, fra under 10 000 til 29 000 fra 1982 til 2000. Diagnosene eksem og astma sto for en betydelig del av økningen og utgjorde 23% av alle tilfellene i 1999.

Søylene i figur 2 bør ikke tolkes som uttrykk for forskjeller i sykkelighet, men kan gi indikasjoner på forskjellig bruk av ordningen om grunn- og hjelpestønad lokalt. Det var flest barn per 1000 som mottok grunn- og hjelpestønad på Romsås, Furuset og Bøler, og færrest på Grünerløkka, Helsefy-Sinsen og Manglerud. Lambertseter og Manglerud hadde imidlertid flest barn per 1000 som var mottakere av bare hjelpestønad. I Oslo var det i perioden 1998-2000 totalt 1063 barn som mottok både grunn- og hjelpestønad. Antallet som mottok bare hjelpestønad var 1091 i Oslo på samme tid. I følge en kommentar fra Statistisk sentralbyrå vil disse tallene gi en oversikt over antall funksjonshemmede barn med et antatt stort behov for hjemmetjenester i aldersgruppen 0-15 år. Kommuner og bydeler anbefales å sammenholde sine egne tall med antall brukere av hjemmetjenester i den aktuelle aldersgruppen.

Figur 2. Barn med grunn- og hjelpestønad og barn med bare hjelpestønad. Gjennomsnitt for 1998-2000. Rate per 1000 barn i alderen 0-15 år



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Fødsler og provoserte aborter

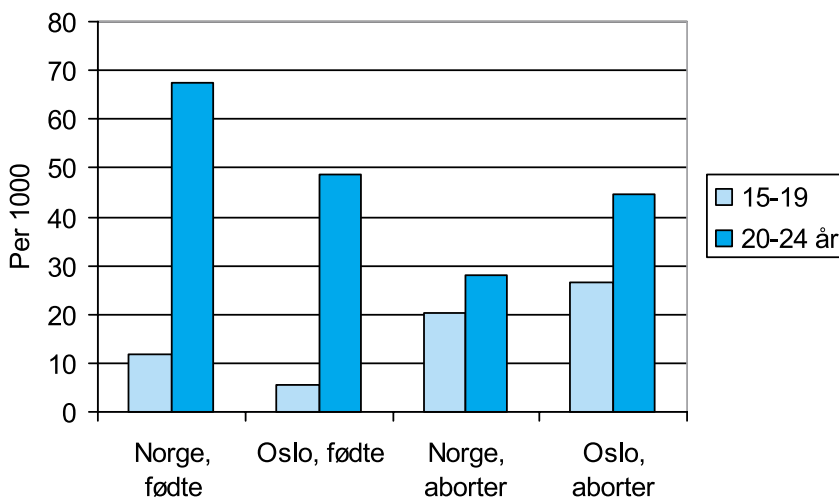
Det har vært en positiv utvikling i antall aborter blant tenåringer (15-19 år) i Oslo. Kvinner i alderen 20-24 år har derimot hatt en økning i antall aborter. Begge aldersgrupper hadde høye rater sammenlignet med hele landet.

I år 2000 fødte unge kvinner i Oslo relativt færre barn enn unge kvinner på landsbasis, både i alderen 15-19 år og 20-24 år. Blant de yngste jentene var det for hele landet nesten dobbelt så mange aborter som fødsler per 1000 jenter 15-19 år. I Oslo var det fem ganger så mange aborter som fødsler i denne alderen (fig. 3). Blant 20-24-åringene var det for hele landet over dobbelt så mange fødsler som aborter, mens det i Oslo ikke var så stor forskjell på de to ratene.

Både i Oslo og for hele landet var det flest aborter per 1000 i aldersgruppen 20-24 år. Andelen kvinner i denne alderen som utførte inngrepet var adskillig høyere i Oslo enn i hele landet. De siste årene har det vært en økning i antall aborter i denne aldersgruppen i Oslo, som man ikke finner for hele landet (fig. 4). Også blant tenåringene (15-19 år) var abortraten høyere i Oslo. Det har imidlertid vært en positiv utvikling i Oslo, slik at det i 2001 for første gang var lavere abortrate blant tenåringer i Oslo enn i de tre nordligste fylkene (Statistisk sentralbyrå 2002-b).

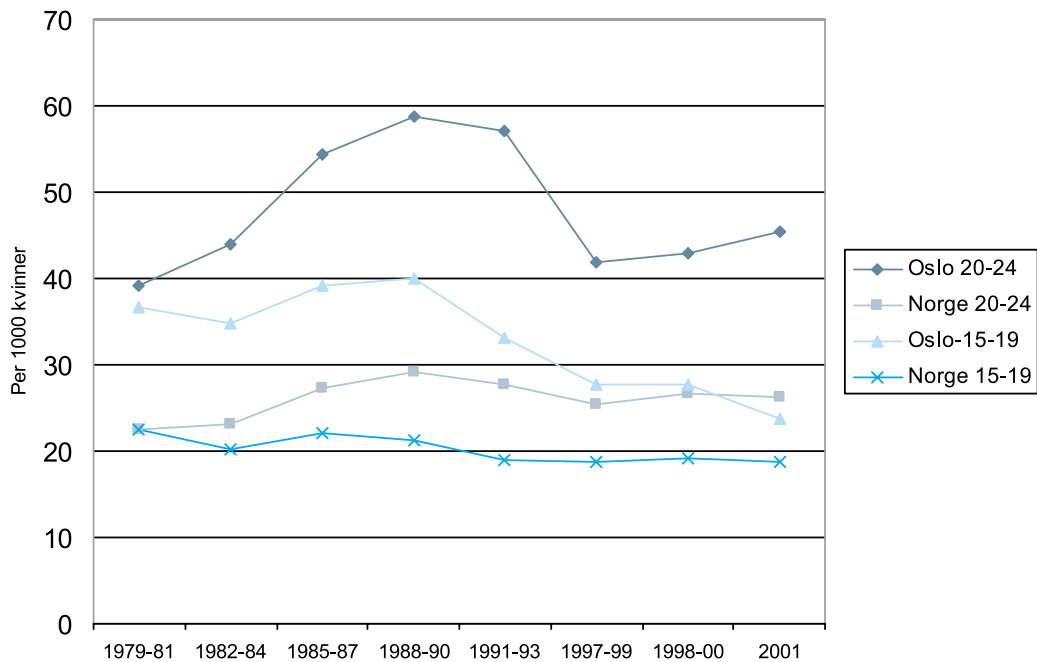
Abortraten blant de yngste jentene var høyest i Indre øst og lavest i Ytre vest (fig. 5).

Figur 3 Levendefødte og provoserte aborter blant unge jenter/ kvinner i Oslo og Norge i år 2000. Per 1000 kvinner



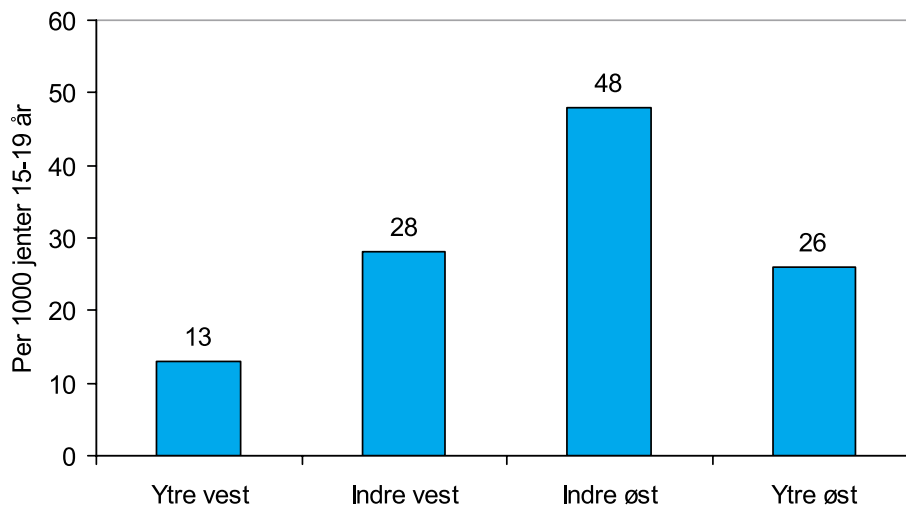
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 4: Provoserte aborter i Norge og Oslo 15-19 år og 20-24 år. 1979-2001. Rate per 1000 kvinner



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 5: Provoserte aborter blant jenter 15-19 år i regioner i Oslo 1996-99. Rate per 1000 i alderen 15-19 år



Kilde: Statistisk sentralbyrå

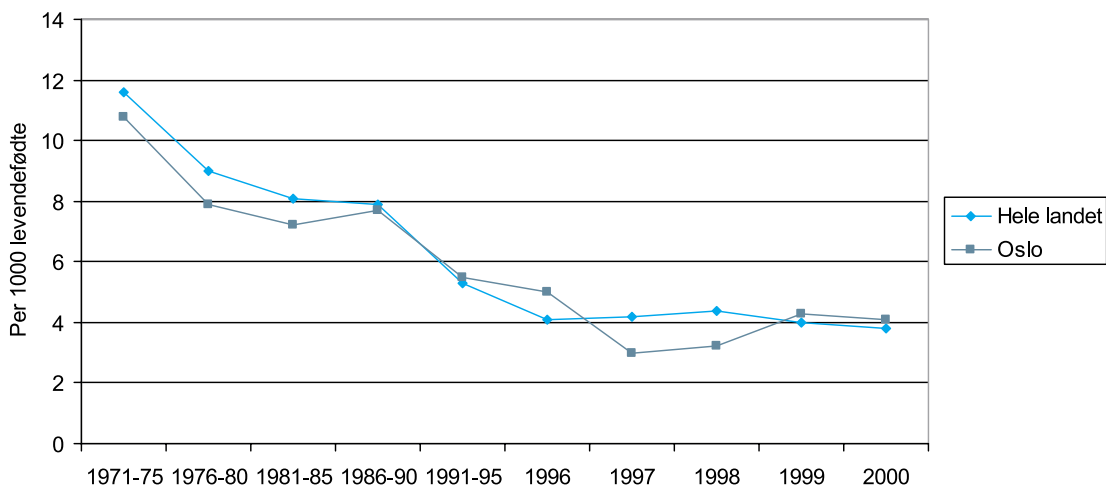
Spedbarnsdødelighet

Spedbarnsdødeligheten ligger på samme nivå i Oslo som for hele landet, med ca 4 per 1000 levendefødte.

Spedbarnsdødeligheten, dvs dødeligheten i løpet av første leveår, har sunket jevnt i Norge og i Oslo også etter 1970. Det har gått litt opp og ned om raten for Oslo har ligget over eller under raten for hele landet. På 70- og 80-tallet hadde Oslo lavere spedbarnsdødelighet enn hele landet, og i 1997 og 1998 lå den under landsgjennomsnittet. Det er imidlertid små tall for Oslo og dette innebærer også en naturlig variasjon fra år til år. Etter 1996 har spedbarnsdødeligheten i Norge ligget på rundt 4 per 1000 (fig. 6).

Norge hadde en mindre gunstig utvikling i spedbarnsdødelighet på 1980-tallet enn andre industrialiserte land, på grunn av en økning i antall tilfeller av krybbe-død. Etter 1991 fikk vi en nedgang i antall tilfeller, og en tilsvarende nedgang i dødeligheten blant spedbarn (Hansen m.fl. 1996). Årsakene til krybbe-død er sammensatt, men anbefalinger rundt barnets sovestilling kan ha hatt innvirkning på den gunstige utviklingen på 1990-tallet (Markestad 1995).

Figur 6: Døde i første leveår per 1000 levendefødte



Kilde: Statistisk sentralbyrå

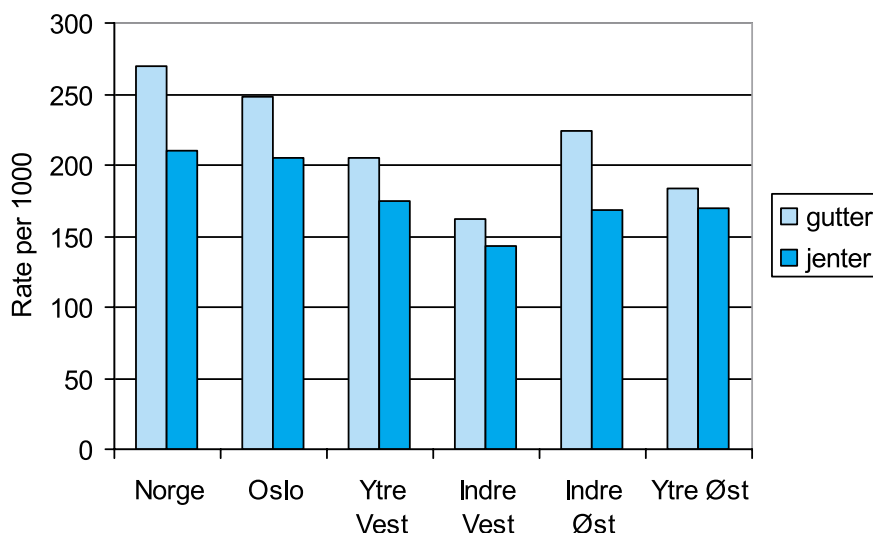
Utskrivninger fra sykehus for spedbarn

Spedbarn ble sjeldnere innlagt på sykehus i Oslo enn ellers i landet i perioden 1998-2000. Spedbarn i Ytre vest ble like ofte innlagt på sykehus som spedbarn i Indre øst.

Det var totalt registrert noen færre utskrivninger fra sykehus for barn i alderen 0-1 år per 1000 barn i Oslo enn i landet som helhet i perioden 1998-2000. Det var også forskjell mellom ratene i de forskjellige regioner i Oslo. Tallene er likevel noe usikre, siden opplysning om bydel manglet i 20% av tilfellene. Derfor blir ratene for gutter og jenter i hele Oslo høyere enn ratene for de enkelte regioner. Raten for hele Oslo, der også utskrivninger uten bydelskode er med, er sammenlignbar med raten for hele landet.

Det var lavest rate for utskrivninger i Indre vest med 152/1000, mens Ytre vest og Indre øst hadde rater over 190/1000 for gutter og jenter samlet. Den høye utskrivingsraten i Ytre vest kan ut fra andre indikatorer neppe skyldes dårligere helsetilstand i denne regionen. Flere gutter enn jenter ble utskrevet fra sykehus i alderen 0-1 år (fig. 7).

Figur 7: Utskrivninger fra sykehus for barn 0-1 år, alle diagnoser. 1998-2000.
Rate per 1000 barn



Kilde Statistisk sentralbyrå

Definisjon: "Utskrivninger" er antall utskrivninger fra sykehus i løpet av året, der pasienter med flere innleggelser og utskrivninger i løpet av året blir telt flere ganger. En person som er innlagt og utskrevet flere ganger i 2000, vil derfor bidra til flere utskrivninger i 2000-statistikken (selv om det var på samme sykehus). Pasienter som er innlagt i løpet av 2000, men ikke utskrevet pr. 31.12.2000, er ikke med i 2000-statistikken. Begge disse forholdene knytter en viss usikkerhet til statistikken.

Oslo mangler bydelskode for ca 20% av utskrivningene. Vi fant ingen spesiell skjevfordeling for aldersgrupper eller diagnosegrupper når det gjelder manglende bydelskode.

Skader og forgiftninger

Oslo-barn ble sjeldnere innlagt på sykehus for behandling av skader/forgiftninger enn barn ellers i landet. Det var en nedgang i antall barn som kom på sykehus på grunn av skader i Oslo, men økning ellers i landet.

Antallet utskrivninger i aldersgruppen 0-14 år etter skader og forgiftninger økte totalt med 2,6% i Norge fra 1999 til 2000, mens det sank med 8,3% i Oslo. I Oslo var raten i toårsperioden på 13,5/1000, godt under landsgjennomsnittet på 19,1. Antallet i hver bydel var for lite til at det kunne beregnes rater, men for regionene var dette mulig. Det var flere gutter enn jenter som ble utskrevet etter skader og forgiftninger. Det var relativt små forskjeller mellom regionene. Også her gjelder det samme som for annen pasientstatistikk for Oslo, at bydelskode mangler på ca 20%. Derfor er raten for hele Oslo sammenlignbar med raten for hele landet, mens ratene for regionene vil være lavere. Regionene er imidlertid sammenlignbare med hverandre. De mest alvorlige skadene blir behandlet ved innleggelse på sykehus. I tillegg blir en del skader behandlet poliklinisk og ved Oslo legevakt.

Tabell 2: Utskrivninger pga. skader og forgiftninger for barn 0-14 år. 1999-2000. Rate per 1000 barn

	Rate per 1000	Gjennomsnittlig antall utskrivninger per år
Gutter		
Hele landet	22,6	5200
Oslo	15,4	338
Ytre vest	11,6	77
Indre vest	14,9	28
Indre øst	13,3	37
Ytre øst	12,8	136
Jenter		
Hele landet	15,4	3349
Oslo	11,6	242
Ytre vest	10,0	98
Indre vest	9,5	63
Indre øst	9,0	17
Ytre øst	9,7	24

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tannhelse

Tannhelsen blant barn og unge i Oslo er bedre enn ellers i landet. Tannhelsen blant 5-åringer har blitt noe dårligere de siste årene, både i Oslo og i hele landet. Det var store geografiske forskjeller i tannhelsen innen Oslo, og barn og unge med minoritetsbakgrunn hadde flere tenner med kariesskader enn barn med norsk bakgrunn.

God tannhelse i barndommen er et godt utgangspunkt for god tannhelse også i voksen alder. Tannhelsen er ofte dårlig i grupper som lever under vanskelige sosiale forhold. Tenner med hull gjør det vondt og vanskelig å tygge. Dette vil påvirke kostholdet og dermed ha betydning for helsen til barn og ungdom i vekst. Store hull i melketennene vil ofte føre til plasstap, med påfølgende behov for tannregulering for å gi plass til de permanente tennene.

Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge samler årlig inn tannhelsesdata for 5- 12- og 18-åringer for Helsetilsynet. Tannhelsen måles med kariesindeksen DMFT/dmft for henholdsvis permanente tenner og melketenner. DMFT- indeksen forteller hvor mange tenner som har hull (D/d = decayed), er trukket på grunn av karies (M/m = missing) eller har fyllinger (F/f = filled). For indikatorårskullene rapporteres også andelen individer som aldri har hatt hull i tennene, dvs DMFT/dmft = 0. Tannhelsestatistikken fra Helsetilsynet vil bli tilgjengelig på KOSTRA etter 2001.

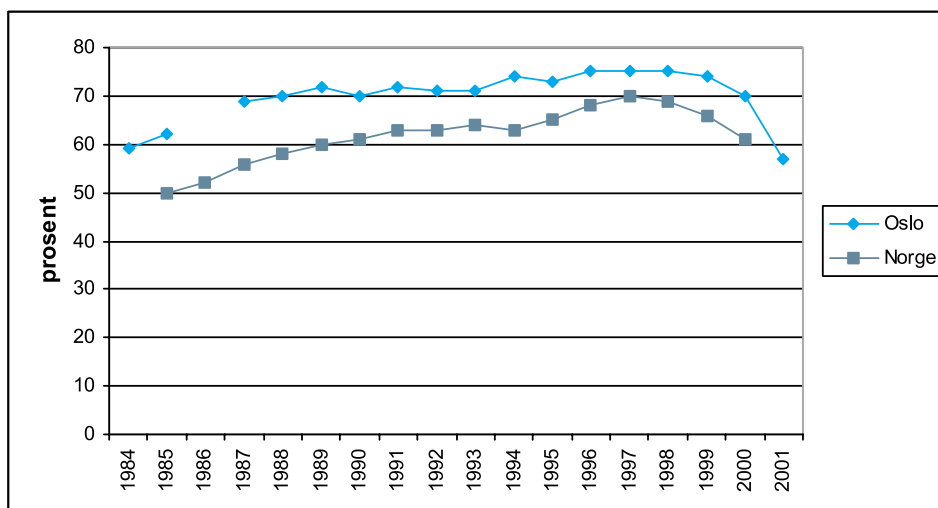
Gruppering av tannhelsesdata til 4 regioner i Oslo er foretatt på grunnlag av tall for de enkelte tannklinikkene. Alle barn behandlet ved Odontologisk fakultet er medregnet i tallene for Indre vest.

Lov om tannhelsetjeneste er den eneste helselov som prioriterer forebyggelse fremfor behandling. I tillegg til å organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen, skal offentlig tannhelsetjeneste gi et oppsøkende tilbud om tannbehandling til nærmere definerte grupper av befolkningen i prioritert rekkefølge. Barn og ungdom 0-18 år har førsteprioritet, mens 19-20 åringer har fjerdeprioritet. De senere år har Helsetilsynet uttrykt at målet må være å gi alle grupper et best mulig tilbud, uten hensyn til prioriteringsrekkefølgen.

Tannhelsen til barn og unge i Oslo er bedre enn tannhelsen hos tilsvarende årskull i landet som helhet (Statens helsetilsyn 2001). Tannhelsen er stadig blitt bedre fram til 1997, men nå kan det se ut til at denne utviklingen har stoppet opp og til dels snudd når det gjelder 5-åringer, både i Oslo og i resten av landet.

I 1998 var andelen kariesfrie 5-åringer i Oslo 75 %, 70% i 2000, og den har sunket til 57% i 2001 (fig. 8). Det diskuteres hvor mye av endringen i 5-åringenes tannhelse som er reell og hvor mye som kan skyldes endringer i datagrunnlaget. Helsetilsynet anbefaler at innkallingsintervallene bestemmes individuelt med inntil 2 år mellom kontrollene for barn med gode tenner. Dette betyr at det er barna med dårligst tannhelse som er inne til kontroll hvert år, noe som igjen vil gi utslag i statistikken. I Oslo var 76 % av 5-åringene inne til kontroll i 1998, 53 % i 2000 og 60% i 2001. I 2001 var det bare 8 tannklinikker med datautstyr (av totalt 36 klinikker) som var med i registreringen, men etaten anser at utvalget av klinikker er representativt. Siden tallene for 2001 er usikre, er det grunn til å følge nøye med i utviklingen framover. Demografiske endringer med et større innslag av innvandrere kan også ha betydning.

Figur 8: Antall 5-åringer uten karieserfaring i Norge og i Oslo 1984-2001. Prosent



Kilde: Tannhelseetaten

Selv om tannhelsen blant barn og unge i Oslo er bedre enn landsgjennomsnittet, er det til dels dramatisk stor forskjell på tannhelsen innen Oslo (tab. 3, fig. 9). Andelen kariesfrie 5-åringer i Ytre vest var i 2000 på 85%, en høyere andel enn i noe fylke i landet. Landsgjennomsnittet var på 61%. Indre øst hadde 47% kariesfrie 5-åringer, og kan best sammenlignes med Finnmark, som hadde den dårligste tannhelsen i landet med 45% kariesfrie 5-åringer (Statens helsetilsyn 2001). Både 5-, 12- og 18-åringer viser samme tendens: Barn og unge i Indre øst har Oslos dårligste tannhelse, og denne er til dels mye dårligere enn landsgjennomsnittet.

Det er stor forskjell på tannhelsen til småbarn med norsk bakgrunn og med innvandrerbakgrunn (fig. 10). En kartlegging i 1999 viste at 3-årige barn med innvandrerbakgrunn hadde fire ganger så mange tenner med hull som barna med norsk bakgrunn (Hagen Johansen 2001). En ytterligere kartlegging viser at også 12- og 18-åringer med innvandrerbakgrunn har flere tenner med kariesskader enn barn med norsk bakgrunn (Bakkan 2002). Dette har ikke vært kjent før i 2001/2002.

Tabell 3: Andel kariesfrie 5-, 12- og 18-åringer 1998-2000. Prosent

	1998	2000
5-åringer		
Landet	69,0	61,0
Oslo	75,4	69,5
Ytre vest	89,0	84,6
Indre vest	75,9	72,3
Indre øst	60,1	47,0
Ytre øst	70,9	64,1
12-åringer		
Landet	46,0	48,0
Oslo	52,5	57,2
Ytre vest	61,3	62,7
Ytre øst	48,7	52,3
Indre øst	49,0	42,5
Indre vest	57,4	50,8
18-åringer		
Landet	14,0	16,0
Oslo	19,7	21,1
Ytre vest	28,3	26,0
Indre vest	16,8	21,3
Indre øst	12,6	13,5
Ytre øst	17,9	20,9

Kilde: Tannhelseetaten

Figur 9: Andel kariesfrie 12-åringer i regionene i Oslo i år 2000. Prosent

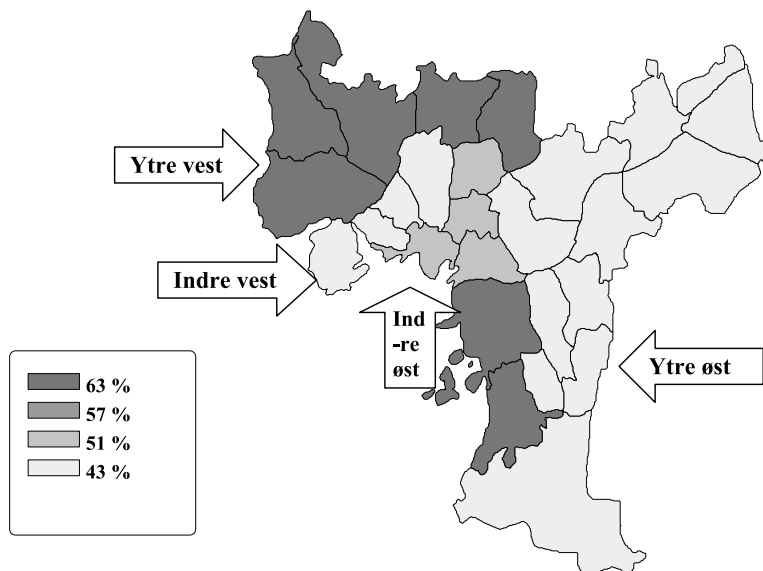
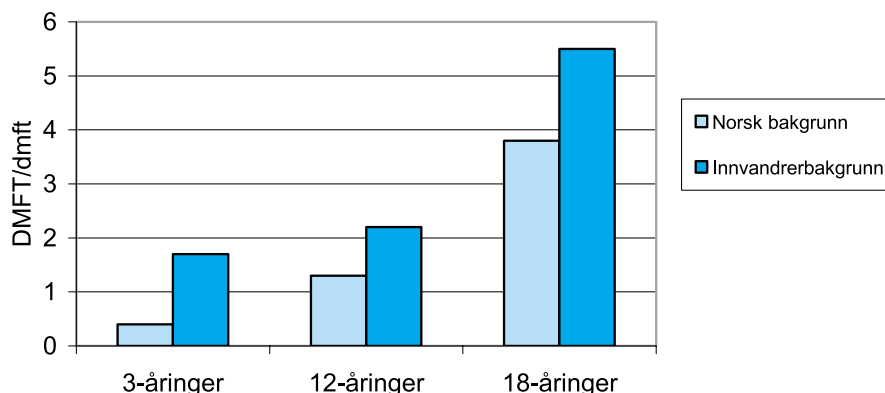


Fig. 10: Gjennomsnittlig antall tenner skadet av karies (DMFT/dmft) hos barn med norsk og med innvandrerbakgrunn på 8 tannklinikker i Oslo 2001.



Kilde: Bakkan 2002

I 2001 var 97 % av barn og ungdom 0-18 år under tilsyn av den offentlige tannhelsetjenesten i Oslo. Dette var den høyeste andelen i landet. 19-åringer fikk først tilbud om behandling i 1999 i Oslo, og 20-åringene fikk tilbud høsten 2001. Bare 34% av gruppen 19-20 år var under tilsyn av offentlig tannhelsetjeneste i Oslo i 2000, og dette var den laveste tilsynsprosenten i denne gruppen i fylkene i Norge (Statens helsetilsyn 2001).

I følge tannhelsetjenesteloven skal fylkeskommunen gi tilbud om behandling til alle i de prioriterte grupper som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. Den lave dekningsgraden i alder 19-20 år kan være et resultat av manglende kjennskap til et nytt tilbud. Vi vet ikke i hvilken grad muligheten til rimelig tannbehandling for midlertidig bosatte er kjent.

I perioden 1988-2000 ble antall årsverk i offentlig tannhelsetjeneste i Oslo redusert med 32%, budsjettet med 26% (1987-kroner), mens antallet personer under tilsyn økte med 14 %. (Oslo offentlige tannhelsetjeneste 1989, Tannhelseetaten 2001, Gimmestad og Holst 2001). Mens gjennomsnittlige utgifter per individ under tilsyn i offentlig tannhelsetjeneste var 920 kroner på landsbasis, var utgiftene i Oslo 595 kroner (Statens helsetilsyn 2001). Kostnadene er ikke helt sammenlignbare fylkene i mellom. Etaten regner med at tilsvarende utgifter til husleie og renhold i Oslo som i de andre fylkene ville gitt en gjennomsnittlig kostnad på 650 kroner per person under tilsyn (Tannhelseetaten 2001).

Minoritetsbakgrunn, sivilstatus og økonomi i ung-HUBRO

Hele 94% av ungdommene i Ytre vest hadde norskfødt mor og bare 46% i Indre øst. Alt i alt hadde 1 av 4 ungdommer i Oslo minoritetsbakgrunn. Ungdommene i indre bydeler og regioner hadde mye oftere foreldre som ikke bodde sammen enn ungdommene i ytre regioner. For familieøkonomi var det et typisk øst-vest-skill, der ungdom i vestlige regioner rapporterte om bedre familieøkonomi enn ungdom i østlige regioner.

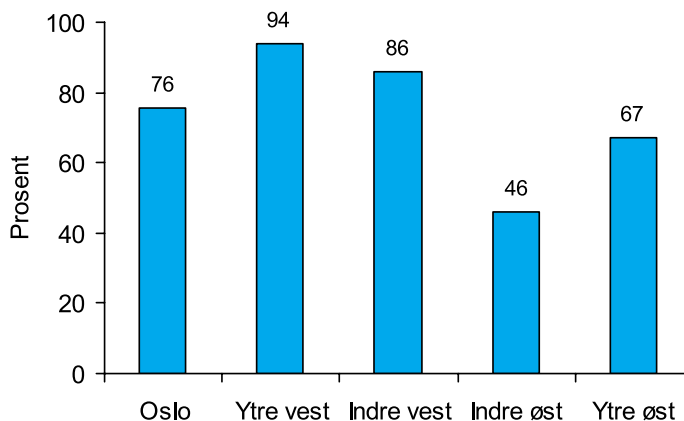
Ungdom med minoritetsbakgrunn var ujevnt fordelt etter bosted i Oslo, noe som kan ha relativt stor betydning for prosentandeler av de unge som for eksempel røyker eller drikker alkohol, eller for andre helseforhold der forskjellene mellom ungdom med norsk og utenlandsk opprinnelse er store. I Ytre vest hadde de aller fleste ungdommer norskfødt mor, i Indre øst under halvparten (fig. 11).

Foreldrene til rundt 70% av ungdommene i de ytre regionene (Ytre vest og Ytre øst) var gifte eller samboende. I indre bydeler hadde under 60% av ungdommene foreldre som var gift eller samboende (59% i Indre vest og 56% i Indre øst). Det var vanligere for ungdom med ikke-vestlig bakgrunn å ha gifte foreldre (80%), enn for ungdom med norsk bakgrunn (64%). I Indre øst spesielt, hadde 74% av ungdom med ikke-vestlig bakgrunn gifte foreldre og 39% av dem med norsk bakgrunn.

I Ytre vest mente 76% av ungdommene at familien hadde god eller svært god råd, i Indre vest 69%. I østlige bydeler og regioner svarte vel 60% av ungdommene at familien hadde god eller svært god råd.

Lignende forhold er grundigere beskrevet i en ungdomsundersøkelse i Oslo 1996 (Bakken 1998).

Figur 11: Andel unge med norsk mor (fødeland Norge) av deltakerne i ungdomsundersøkelsen. Oslo 2000-2001



Kilde: Ung-HUBRO

Vurdering av egen helse

De aller fleste Oslo-ungdommer rapporterte "god" eller "svært god" helse. Flere gutter enn jenter vurderte helsa si som "svært god". Det var ikke geografiske forskjeller innen Oslo i vurdering av helsa, og ungdom med minoritetsbakgrunn og ungdom med norsk bakgrunn hadde like god vurdering av egen helse. Ungdom med planer om allmenn videregående eller høyere utdanning hadde bedre vurdering av egen helse enn ungdom med planer om yrkesfaglig utdanning.

De aller fleste Oslo-ungdommer vurderer helsa som god eller svært god. Ved sammenligning med eldre aldersgrupper, finner man at andelen synker med økende alder (fig. 12). Blant 15-16-åringene i Oslo vurderte 85% av jentene og 90% av guttene helsa si som god eller svært god. Det var en langt større kjønnsforskjell i andelen som vurderte egen helse som svært god, 40% av guttene og 27% av jentene. Bare en prosent av ungdommene vurderte helsa si som dårlig, men 8% av guttene og 15% av jentene vurderte helsa som *ikke helt god* (tab. 4).

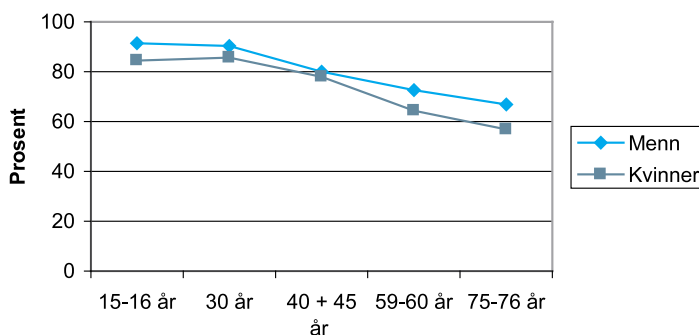
Tabell 4: Andel 15-16-åringene som vurderer egen helse som god eller dårlig i Oslo 2000-2001. Prosent

	Jenter (%)	Gutter (%)
Dårlig	1	1
Ikke helt god	15	8
God	58	50
Svært god	27	40

Kilde: Ung-HUBRO

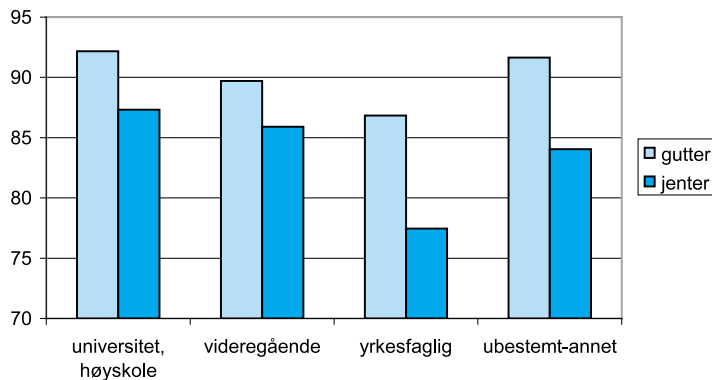
Resultatene kan tyde på at jenter i akkurat dette tidsvinduet har mer helseplager enn guttene, og at puberteten inntreffer til ulike tider og arter seg forskjellig for gutter og jenter. Skjeler vi til kjønnsforskjeller i egenvurdert helse i andre aldersgrupper, ser vi at det er veldig små forskjeller for yngre voksne, men at forskjellene øker noe med alder.(figur 12) .

Figur 12: Andel personer i ulike aldersgrupper som vurderer sin helse som god eller svært god i Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: HUBRO, både ungdomsundersøkelsen og undersøkelsen blant voksne

Figur 13: Andel 15-16 åringer som vurderer sin helse som god eller svært god, gruppert etter planer om utdanning. Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: Ung-HUBRO

Tabell 5 Andel 15-16-åringer som vurderer sin helse som god eller svært god. Oslo 2000-2001. Prosent

	Jenter	Gutter
Alle	85	90
Ytre vest	85	91
Indre vest	86	89
Indre øst	82	90
Ytre øst	85	91
sign.	ns	ns
Planer om utdanning		
Videregående yrkesfag	78	87
Videregående allmenn	86	90
Universitet/ høyskole	87	92
Ubestemt/ annet	84	92
sign.	***	*
Familiens økonomi		
Dårlig råd	70	77
Middels råd	81	88
God råd	88	91
Svært god råd	88	94
sign.	***	***
Gift eller skilte foreldre		
Skilt, separert, annet	81	88
Gift eller samboende	87	92
sign.	***	***
Mors fødeland		
Norge	85	91
Øst-Europa	89	93
Nord-Afrika/ Midtøsten	80	91
Sub Sahara-Afrika	86	87
Asia/ Stillehavet	85	89
sign.	ns	ns

Kilde: Ung-HUBRO

Vi finner ikke de typiske øst-vestforskjellene når det gjelder egenvurdert helse blant ungdom som det finnes blant voksne.

Vi finner imidlertid forskjeller i egenvurdert helse i forhold til utdanningsambisjoner. Den mest uttalte forskjellen undersøkelsen viste, var forskjell i egenvurdert helse mellom jenter som planla en yrkesfaglig utdanning og jenter som planla å gå på videregående eller universitet. Blant jenter som planla yrkesfaglig utdanning mente 77% at egen helse var *god* eller *svært god*, tilsvarende tall for jenter som planla videregående (allmenn) eller universitetsutdanning var 90-92% prosent. At det blant jenter som planla yrkesfaglig utdanning var nesten en firedel som mente at egen helse var dårlig eller ikke helt god, kan bety at sosiale forskjeller vi ser i dag, vil bli vanskelige å utjevne. Blant gutter var det imidlertid mindre forskjeller (fig. 13, tab. 5).

I en undersøkelse av helsevaner blant skoleelever i flere land, svarte norske elever i 1. klasse på videregående på et spørsmål om vurdering av egen helse. 86% av guttene og 81% av jentene svarte at de hadde god eller svært god helse. På allmennfaglig grunnkurs rapporterte en høyere andel av guttene god eller svært god helse enn på yrkesfaglig grunnkurs. Blant jentene fant man ikke slike forskjeller (Wold m.fl. 2000).

Oslo-ungdommens vurdering av familiens økonomi i forhold til andre familier, viste meget tydelig sammenheng med vurdering av egen helse, dvs at ungdom fra familier med dårlig råd oftere oppgav dårlig helse (tab. 5). Foreldrenes samlivssituasjon hadde en viss sammenheng med ungdommens vurdering av egen helse (tab. 5). For begge kjønn samlet var det en høyere andel som vurderte helsa si som *svært god* blant dem som hadde foreldre som bodde sammen, og forskjellen var størst blant jentene.

Det var ingen forskjeller mellom innvandrerfamilier og norske familier i andel gutter og jenter som vurderte sin egen helse som god eller svært god.

Blant gutter som hadde ”dårlig eller ikke helt god” vurdering av egen helse hadde 17% vært hos lege/legevakt 4 ganger eller mer siste år. Blant dem med ”god eller svært god ” vurdering av egen helse, hadde 9% vært såpass ofte hos lege. Blant jentene hadde 25% av dem med dårlig egenvurdert helse vært ofte hos lege og 12% av dem med god helse. En høyere andel av ungdommene med dårlig helse hadde benyttet skolehelsetjenesten (tab. 6).

Tabell 6: Bruk av helsetjenester blant ungdom 15-16 år, i forhold til egenvurdert helse* Oslo 2000-2001. Prosent

	Egenvurdert helse, jenter			Egenvurdert helse, gutter		
	God	Dårlig	sign.	God	Dårlig	sign.
Vært hos lege og/eller legevakt siste året	22	35	***	23	27	ns
Vært hos lege og/eller legevakt ≥4 ganger siste år	12	25	***	9	17	***
Brukt skolehelsetjenesten siste 12 mnd	26	31	***	19	28	***

*god = svært god og god, dårlig = dårlig og ikke helt god

Kilde: Ung-HUBRO

Astma, bronkitt og høysnue

Små gutter (0-4 år) kom oftere på sykehus eller poliklinikk på grunn av astma eller bronkitt enn jenter. Oslo hadde høyere rate enn hele landet. Ytre øst hadde den høyeste raten for behandling av små barn med astma og bronkitt på sykehus/ poliklinikk. Blant ungdom 15-16 år i Oslo hadde 13% astma, og det var små kjønnsforskjeller. 36% av guttene og 40% av jentene rapporterte at de hadde eller hadde hatt høysnue.

Antall behandlinger på sykehus eller poliklinikk for diagnosene astma og bronkitt blant små barn var høyere i Oslo enn for hele landet i perioden 1999-2001. Det var særlig guttene som hadde høyere rate enn landet, med vel 50 per 1000 i alderen 0-4 år (fig. 12 og tab. 7). Både for gutter og jenter hadde Ytre øst høyest utskrivingsrate, mens Ytre og Indre vest hadde lavest rate for hhv. jenter og gutter.

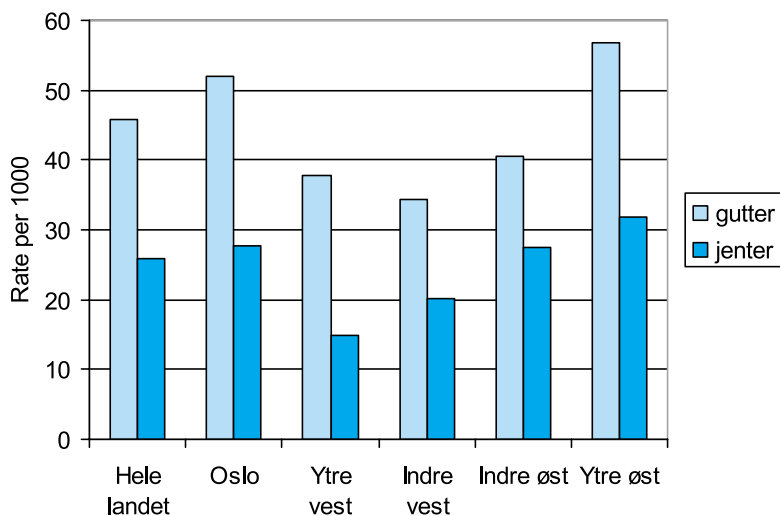
Tallene for astma og bronkitt er for 1999-2001 og inkluderer også tall for poliklinikk. Finansieringssystemet og kodeverket ble endret i 1999 (til innsatsstyrt finansiering og ICD-10) og dette kan ha forbedret diagnostiseringen og rapporteringen i forhold til tidligere år. I dette tallmaterialet var det ca 10% som ikke hadde opplysninger om bydelskode, mot 20% i utskrivninger fra sykehus for årene 1998-2000.

I løpet av årene 1999-2001 ble en synkende andel av barna innlagt på sykehus, stadig flere ble behandlet poliklinisk. I hele perioden var 11% av behandlingene sykehusinnleggelse.

Det var høyere rater for sykehus/ poliklinikkbehandling for astma og bronkitt blant gutter enn blant jenter. Disse tallene for sykehusbehandling kan ikke sammenlignes med tall fra Helseundersøkelsen i Oslo, der ungdommene ble spurt om de hadde eller hadde hatt astma. Tallene for behandling på sykehus for de små barna sier noe om antall opphold i alt, og ett og samme barn kan ha hatt flere behandlinger på poliklinikk i løpet av et år.

Tallene for ungdom fra Helseundersøkelsen angir prosentandel av 15-16-åringer med astma. Det er vanskelig å se noen parallell mellom sykehusdataene og hyppighet av astma fordelt på regioner i Oslo, bortsett fra at jentene på 15-16 år i Ytre øst hadde relativt høy forekomst av astma. Det hadde imidlertid også jentene i Indre vest (tab. 8). Blant 15-16 åringer i Oslo oppgav 13% av guttene og 14% av jentene at de hadde eller hadde hatt astma. Hele 36% av guttene og 40% av jentene hadde eller hadde hatt høysnue.

Figur 14: Behandling på sykehus eller poliklinikk på grunn av astma og bronkitt blant barn 0-4 år i 1999-2001. Rate per 1000 barn



Kilde: Norsk pasientregister

Tabell 7: Astma og bronkitt blant barn 0-4 år i 1999-2001. Rate per 1000 barn

	Rate per 1000	Gjennomsnittlig antall utskrivninger per år
Gutter		
Hele landet	45,9	7127
Oslo	51,9	891
Ytre vest	37,8	179
Indre vest	34,3	63
Indre øst	40,5	107
Ytre øst	56,7	450
Jenter		
Hele landet	25,8	3787
Oslo	27,8	450
Ytre vest	15,0	66
Indre vest	20,2	35
Indre øst	27,5	70
Ytre øst	31,8	237

Kilde: Norsk pasientregister

Tabell 8: Andel 15-16 åringer som har eller har hatt astma og høysnue. Oslo 2000-2001. Prosent

	Gutter		Jenter	
	Astma	Høysnue	Astma	Høysnue
Oslo	13	36	14	40
Ytre vest	13	34	11	36
Indre vest	11	35	15	39
Indre øst	13	33	10	39
Ytre øst	13	37	16	44
sign.	ns	ns	**	**

Kilde: Ung-HUBRO

Lege/legevakt ble hyppigere benyttet blant dem som hadde astma eller høysnue. Gutter og jenter med astma eller høysnue hadde vært ofte til lege/legevakt (4 ganger eller mer) siste år, i forhold til dem som ikke var plaget av disse sykdommene. Blant gutter med astma hadde 17% vært ofte hos lege/legevakt og 8% av dem som ikke hadde sykdommen. Blant jenter var tilsvarende tall 23 og 12%. Blant gutter med høysnue hadde 12% vært ofte hos legen og 8% av gutter som ikke rapporterte høysnue. For jenter var tilsvarende tall 20 og 10%. For skolehelsetjenesten var det ikke like tydelige sammenhenger mellom disse sykdommene og hyppigere bruk.

Psykisk helse

Flere jenter enn gutter i 15-16-årsalderen oppgav symptomer som kunne tyde på psykiske plager, en av fire jenter og en av ti gutter. Slike kjønnsforskjeller har man også funnet ved bruk av lignende spørsmål til ungdom tidligere. Spørsmålene om psykiske plager har vært mer brukt blant voksne enn blant ungdom og det er noe diskusjon i fagmiljøene om hvor man bør sette grensen for psykiske plager/ ikke psykiske plager.

I helseundersøkelsen i Oslo ble symptomer på psykiske plager kartlagt med et sett bestående av 10 spørsmål. Ut fra svarene kan man beregne gjennomsnittsverdier for slike psykiske plager (se boks for definisjoner). Ved å sette et bestemt terskelnivå (cut-off), får man et inntrykk av hvor stor andel av befolkningen som har symptomer på psykiske plager. Resultatene kan variere noe med denne typen måleinstrument og etter terskelverdi, fordi mange befinner seg akkurat i grenseskiktet for hva som defineres som ”psykiske plager”.

I ung-HUBRO rapporterte 10% av guttene og 26% av 15-16-årige jenter et symptomnivå som tyder på psykiske plager. Imidlertid kan det stilles spørsmål ved om dette spørsmålssettet er mer velegnet til å oppdage problemer hos jenter enn hos gutter i denne alderen. Det er problemer som gir seg uttrykk i angst/ depresjon som måles. Det var ikke statistisk sikre forskjeller mellom regionene i andel jenter med psykiske plager. Blant guttene var det høyere andel med plager i Ytre øst enn i Ytre vest. Langt færre gutter enn jenter i alle regioner oppgav symptomer på psykiske plager (fig. 15).

Som ventet var det en større andel som hadde vært hos psykolog/psykiater blant dem som hadde slike psykiske plager, enn blant dem som ikke hadde det (tab. 9). Bruken av psykolog/psykiater varierte også mellom regionene for jentene. Det var en høyere andel brukere av disse tjenestene i Indre vest enn i Ytre øst. Det kan se ut som både bruken av psykolog/psykiater og utbredelsen av symptomer var noe høyere blant jenter i de indre bydelene enn i de ytre.

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.

NB: I helseundersøkelsen i Oslo spurte man om symptomer den siste uken, som brukes i den originale SCL 25, i motsetning til en del andre undersøkelser der det ble spurt om symptomer siste 14 dager.

I helse- og levekårsundersøkelsen 1998 (Statistisk sentralbyrå) ble et tilsvarende instrument med 25 delspørsmål brukt. Ved å trekke ut de samme 10 spørsmålene som i ung-HUBRO, får man symptomer på psykiske plager blant 23% av jentene og 4% av guttene på 16 år. Tar man ut 16 og 17-åringer kom 17% av jentene og 8% av guttene i gruppen med symptomer på psykiske plager. Tilsvarende andel hos 16-24-åringer var 14% for kvinner og 8% hos menn (Heine Strand, personlig meddelelse). Tallene kan tyde på at forekomsten av slike psykiske symptomer synker noe med alderen hos kvinner. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag blant 13-19-åringer kan derimot tyde på at utbredelsen av symptomer på psykiske plager der er lavere i ung alder enn senere i livet (Røysamb 2000). Det ble funnet sammenhenger mellom psykiske plager, sosialt nettverk, helseatferd, kroppsbilde og skolefungering.

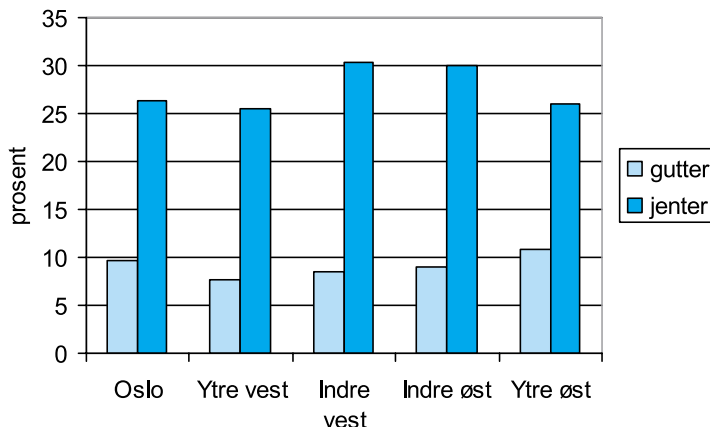
Når en i Helseundersøkelsen i Oslo finner en såpass høy andel jenter med symptomer på psykiske plager, behøver ikke dette bety at den psykiske helsen blant jenter i 15-16 års- alderen i Oslo er veldig dårlig. Dette er en ustabil periode i livet, kanskje med mye sterkere svingninger fra dag til dag enn i litt eldre aldersgrupper.

Tabell 9: Andel 15-16 åringer med symptomer på psykiske plager og bruk av psykolog/psykiater i regionene. Oslo 2000-2001. Prosent

	gutter	jenter
Symptomer på psykiske plager		
Oslo	10	26
Ytre vest	8	26
Indre vest	8	30
Indre øst	9	30
Ytre øst	11	26
sign.	*	ns
Brukt psykolog mer enn 4 ganger siste år, hele Oslo		
Symptomer på psykiske plager	9	9
Ikke symptomer	1	2
	***	***
Brukt psykolog mer enn 4 ganger siste år, alle		
Ytre vest	2	4
Indre vest	1	8
Indre øst	3	6
Ytre øst	2	3
	ns	***

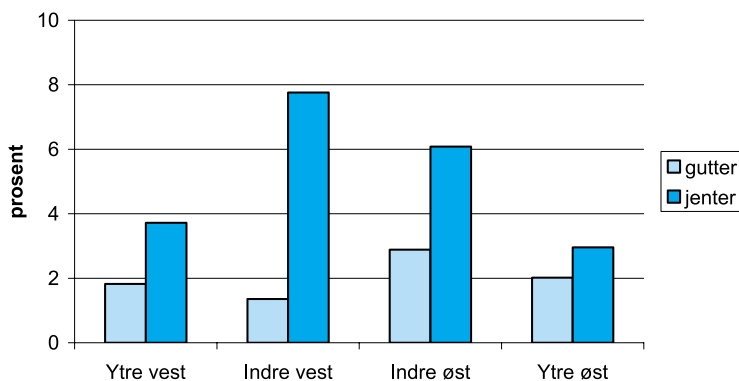
Kilde: Ung-HUBRO

Figur 15: Andel 15-16 åringer med symptomer på psykiske plager i Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: Ung-HUBRO

Figur 16: Andel 15-16-åringer som har brukt psykolog/psykiater 4 ganger eller mer siste år. Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: Ung-HUBRO

Røyking

Blant 15-16-åringer røykte 15% av jentene og 13% av guttene daglig i Oslo. Det var ikke geografiske forskjeller i andelen dagligrøykere. Det var derimot høyest andel "av og til" - røykere blant jentene i Ytre vest. Det var høyest andel røykere blant ungdom som hadde planer om yrkesfaglig utdanning. Jenter med norsk bakgrunn var oftere dagligrøykere (17%) enn jenter med "ikke-vestlig" bakgrunn (7%).

I en undersøkelse av helsevaner blant skoleelever i Norge, Sverige, Ungarn og Wales, fant man at det var mer vanlig å røyke blant 15-åringer i 1997 enn det var i 1985 (ukentlig røyking). Det var en markant økning i andelen som røykte ukentlig i Ungarn og Wales, mens man fant en tendens til økning også i Norge og Sverige. I Norge røykte 23% av guttene og 28% av jentene ukentlig i 1997 (Wold m.fl. 2000). Også i de fleste EU-land var det mer vanlig blant jenter enn blant gutter å røyke i 15-årsalderen (Hackauf og Winzen 1999).

Nikotin er svært avhengighetsskapende, og en stor andel av dem som begynner å røyke i lav alder får senere problemer med å slutte (Wold m.fl. 2000).

27% av guttene og 33% av jentene i Oslo røykte daglig eller av og til (tab. 10). Det var ikke statistisk sikre forskjeller i andelen dagligrøykere mellom regionene. For jentene var det derimot vanligst å være "av og til-røyker" i Ytre vest og minst vanlig i Indre øst. Blant guttene var røykevanene mer jevnt fordelt mellom regionene (tab. 11 og fig. 17).

Det var flest røykere, både blant gutter og jenter, i gruppen med planer om en yrkesfaglig utdanning (fig.18). Det var høyest andel røykere blant dem med dårlig råd i familien. Jenter som oppgav at familien hadde svært god råd, røykte imidlertid nesten like mye som dem med middels god råd. Det var også en sammenheng med foreldrenes sivilstatus, og ungdom som hadde skilte foreldre røykte oftere enn dem med gifte/ samboende foreldre. Men det var på ingen måte slik at "høy status" hos foreldre ga noen garanti for røykfri ungdom (tab. 11).

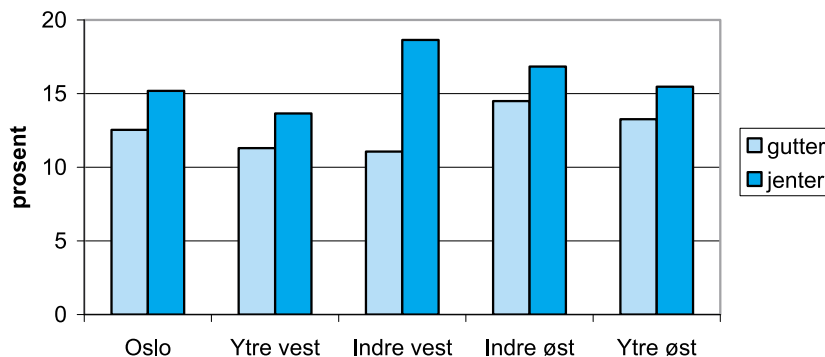
Det var større forskjeller på røykevanene etter mors opprinnelsesland for jentene enn for guttene (tab. 11). Bare 2% av jentene som hadde mødre fra Asia /Stillehavsområdet var dagligrøykere. Blant jenter med mødre fra Øst-Europa røykte 20%. Mens 7% av jentene fra "ikke-vestlige" land var røykere, gjaldt dette for hele 17% av jenter med norske mødre. I tillegg var andelen av og til-røykere dobbelt så høy blant "norske" (20%) som blant "ikke-vestlige" (10%) jenter.

Tabell 10: Andel 15-16 åringer som røyker i Oslo 2000-2001. Prosent.

Røyker	Gutter		Jenter	
	av og til	daglig	av og til	daglig
Oslo	14	13	18	15
Ytre vest	15	11	24	14
Indre vest	15	11	21	19
Indre øst	13	14	12	17
Ytre øst	13	13	16	15
sign.	ns	ns	***	ns

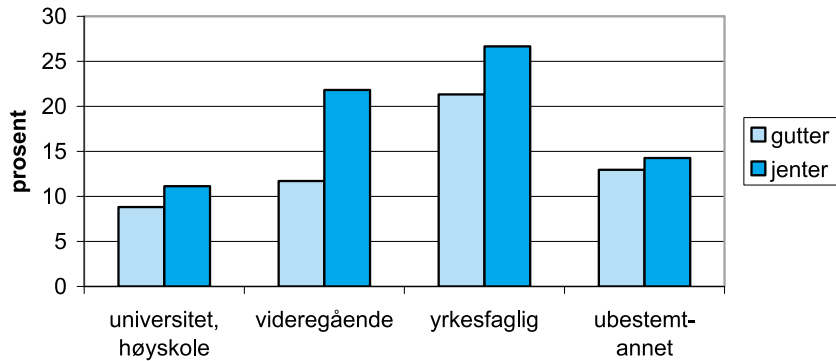
Kilde: Ung-HUBRO

Figur 17: Andel dagligrøykere blant 15-16-åringer i regionene i Oslo. 2000-2001. Prosent



Kilde: Ung-HUBRO

Figur 18: Andel dagligrøykere blant 15-16-åringe med ulike planer for egen utdanning i Oslo. 2000-2001. Prosent



Kilde: Ung-HUBRO

Tabell 11: Andel dagligrøykere blant 15-16-åringe i Oslo 2000-2001. Prosent

	Jenter	Gutter
Alle	15	13
Ytre vest	14	11
Indre vest	19	11
Indre øst	17	14
Ytre øst	15	13
sign.	***	n
Planer om utdanning		
Videregående yrkesfag	27	21
Videregående allmenn	22	12
Universitet/ høyskole	11	9
Ubestemt/ annet	14	13
sign.	***	***
Familiens økonomi		
Dårlig råd	25	19
Middels råd	19	15
God råd	12	11
Svært god råd	18	12
sign.	***	*
Giftet eller skilte foreldre		
Skilt, separert, annet	24	18
Gift eller samboende	11	11
sign.	***	***
Mors fødeland		
Norge	17	13
Øst-Europa	20	8
Nord-Afrika/ Midtøsten	12	16
Sub Sahara-Afrika	8	8
Asia/ Stillehavet	2	12
sign.	***	*

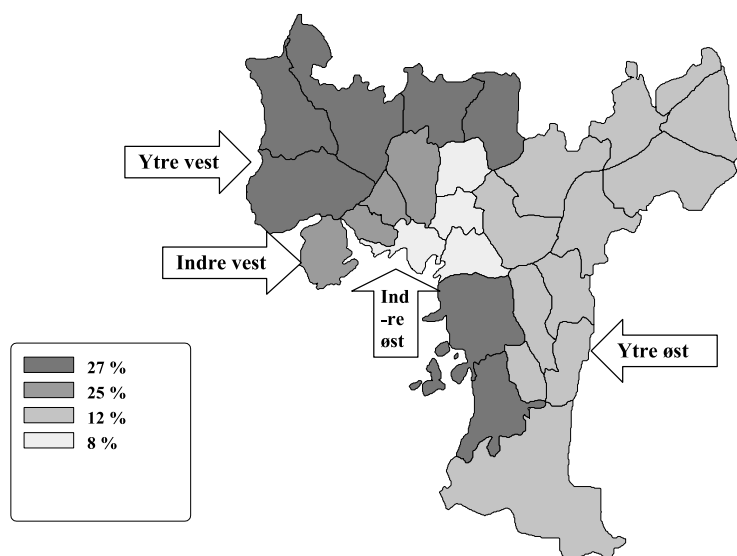
Kilde: Ung-HUBRO

Alkoholbruk

17% av gutter og jenter i 15-16-årsalderen drakk alkohol en gang i uka eller oftere. Det var vanligst å bruke alkohol relativt ofte blant ungdom i vestlige bydeler og regioner og blant ungdom fra familier med "svært god råd". Ungdom med norsk eller østeuropeisk bakgrunn brukte oftere alkohol enn ungdom fra Asia, Afrika eller Midtøsten.

Tre av fire 15-16 åringer i Oslo hadde "noen gang" drukket alkohol. Av disse som hadde drukket alkohol, svarte flesteparten at de hadde vært beruset i løpet av siste år (tab. 12). Det var 17% av alkoholbrukerne som oppgav å drikke ca 1 gang/uke, mens 7% av guttene og 6% av jentene oppgav at de hadde drukket oftere enn 1 gang/uke siste år. Det ble funnet en økning i andelen skoleelever som hadde prøvd å drikke alkohol fra 1993 til 1997 i Norge, samtidig med en økning i andelen som røykte (Wold 2000).

Figur 19: Andel unge 15-16 år som drikker alkohol en gang i uka eller oftere. Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: Ung-HUBRO

Tabell 12: Alkoholbruk blant 15-16 åringer i Oslo 2000-2001. Prosent.

	Jenter	Gutter
Andel unge som <i>noen gang</i> har drukket alkohol	76	76
Andel alkoholbrukere som siste år:- har vært beruset	71	65
Andel alkoholbrukere som siste år:- har drukket alkohol:		
4-7 ganger i uka	0	1
2-3 ganger i uka	5	6
Ca. 1 gang i uka	17	17
2-3 ganger i måneden	25	27
Omtrent 1 gang i måneden	13	11
Noen få ganger siste år	33	30
Har ikke drukket alkohol siste år	6	8

Kilde: Ung-HUBRO

I det videre ser vi på den gruppen av ungdommer som oppgav å drikke alkohol en gang i uka eller oftere, med tanke på at dette representerer et relativt hyppig alkoholbruk blant såpass unge mennesker. Det var liten kjønnsforskjell i alkoholbruk, 18% av guttene og 17% av jentene drakk alkohol en gang i uka eller oftere. De siste tallene gjelder prosentandel av ALLE gutter og jenter, ikke bare andelen av dem som har drukket alkohol, som i tabell 12 over. Blant svenske 15-åringer var det i 1996 19% av guttene og 11% av jentene som drakk alkohol en gang i uka eller oftere, i Finland 16% av guttene og 9% av jentene, mens tallene for Danmark var 40% for gutter og 33% for jenter (Hackauf og Winzen 1999).

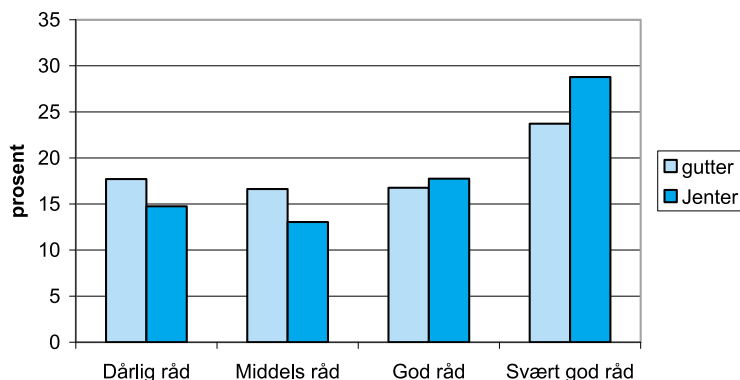
Ser man nærmere på fordelingen innen Oslo, var det ungdommer i Indre og Ytre vest som drakk oftest alkohol (fig. 19). I østlige bydeler og regioner var det mindre vanlig å drikke alkohol såpass ofte. Lavest andel alkoholbrukere fant man blant jentene i Indre øst (tab. 13). Hver fjerde gutt og hver tredje jente fra familier med svært god økonomi oppgav at de brukte alkohol 1 gang i uka eller mer (tab. 13, fig. 20). Det var ikke like tydelige forskjeller i bruk av alkohol og ungdommenes planer for egen utdanning. Ungdom med mor født i Norge drakk hyppigere alkohol enn ungdommer som hadde mor med annet fødeland. Det var ikke kjønnsforskjeller i alkoholbruk blant ungdom med norsk opprinnelse, til forskjell fra ungdom med utenlandsk opprinnelse, der det var vanligere at guttene drakk alkohol. For samlekategorioren "ikke-vestlige" land, var det 7% av guttene og 3% av jentene som drakk alkohol 1 gang i uka eller oftere.

Tabell 13: Andel 15-16-åringer som bruker alkohol 1 gang i uka eller oftere. Oslo 2000-2001. Prosent

	Jenter	Gutter
Alle	17	18
Ytre vest	28	26
Indre vest	28	21
Indre øst	6	10
Ytre øst	11	13
sign.	***	***
Planer om utdanning		
Videregående yrkesfag	16	16
Videregående allmenn	19	22
Universitet/ høyskole	16	17
Ubestemt/ annet	20	20
sign.	ns	ns
Familiens økonomi		
Dårlig råd	15	18
Middels råd	13	17
God råd	18	17
Svært god råd	29	24
sign.	***	***
Gifte eller skilte foreldre		
Skilt, separert, annet	20	20
Gift eller samboende	16	17
sign.	*	**
Mors fødeland		
Norge	21	21
Øst-Europa	11	15
Nord-Afrika/ Midtøsten	4	8
Sub Sahara-Afrika	2	5
Asia/ Stillehavet	2	5
sign.	***	***

I gruppering av fødeland ble "Vesten" og Sør/ Mellom Amerika utelatt, fordi det var få ungdommer i disse kategoriene.
Kilde: Ung-HUBRO

Figur 20: Andel 15-16-åringer som bruker alkohol 1 gang i uka eller oftere, etter familieøkonomi. Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: Ung-HUBRO

Ungdom og narkotikabruk

Ungdom (15-20 år) i Oslo hadde i større grad "noen gang" prøvd ulike narkotiske stoffer enn ungdom på landsbasis. 28% av ungdommene i Oslo hadde prøvd cannabis og 17% på landsbasis. Nærmere 7% av Oslo-ungdommen hadde noen gang prøvd amfetamin og nærmere 5% hadde noen gang prøvd henholdsvis kokain/"crack" og Ecstasy.

Statens institutt for rusmiddelforskning, SIRUS, har gjennomført årlige spørreundersøkelser om forbruk av rusmidler blant ungdom 15-20 år i Oslo fra og med 1975. Fra 1990 har undersøkelsen også blitt gjennomført på landsbasis (SIRUS 2002).

Andelen som noen gang hadde prøvd cannabis var høyere enn for alle de andre stoffene sammenlagt, og har holdt seg jevnt høyt med en klar økning i løpet av 90-tallet. I 2001 hadde 28 % av Oslo-ungdommene som besvarte spørsmålene noen gang prøvd cannabis (tab. 14).

I 1975 hadde 6 % av Oslo-ungdommene noen gang prøvd amfetamin og lignende stoffer. Dette tallet sank i begynnelsen av 90-årene, men har siden steget til 7 % (tab. 14).

Det var en økning i andelen som noen gang hadde prøvd kokain og crack i Oslo, fra 1% i 1991 til nærmere 5 % i 2001. Det har ikke vært noen økning i andelen unge som noen gang hadde prøvd LSD i Oslo, vel 3% hadde prøvd dette i 1975, men tallet har holdt seg rundt 2% på 1990-tallet.

Det nye stoffet Ecstasy ble registrert fra 1994, da 2% av ungdommene i Oslo oppgav at de noen gang hadde prøvd stoffet. Etter 1997 var det 5% som "noen gang hadde brukt" Ecstasy i Oslo i alderen 15-20 år.

For andelen unge i Oslo som hadde prøvd heroin og lignende stoffer viste det seg ikke noen klare trender – stort sett hadde rundt 1% av ungdommene noen gang prøvd det.

Ungdom i Oslo hadde prøvd ulike narkotiske stoffer i mye større grad enn i landet for øvrig. Dette gjaldt både for Cannabis, amfetamin, kokain/crack og Ecstasy. Andelen unge som noen gang hadde prøvd Cannabis økte mer på landsbasis enn i Oslo.

I en ungdomsundersøkelse fra 1996 ble det funnet et høyere forbruk av både alkohol, tobakk og cannabis i vestlige bydeler enn i østlige. Bydelsforskjellene skyldtes til dels konsentrasjon av ungdom med minoritetsbakgrunn på østkanten. Forekomsten av ecstasy/amfetamin var jevnt fordelt mellom bydelene (Bakken 1998).

Tabell 14: Andel unge 15-20 år som oppgir at de noen gang har brukt narkotiske stoffer i Oslo. Prosent

	Cannabis	"Sniffet"	Amfetamin o.l.	Kokain/ "crack"	LSD	Ecstasy	Heroein o.l.	Brukt sprøyte	Antall
1991	16,6	5,8	2,3	0,8	-	..	0,6	0,7	829
1992	17,3	4,8	2,2	0,7	-	..	1,4	0,9	765
1993	20,4	5,8	3,9	0,9	-	..	2,5	1,0	686
1994	18,1	7,7	4,4	1,7	1,9	2,1	1,3	0,6	481
1995	20,8	7,0	3,5	1,1	1,3	1,5	0,9	0,0	457
1996	23,7	5,9	5,5	2,5	1,7	4,2	0,9	0,1	768
1997	25,7	6,6	7,1	3,9	2,8	5,1	1,2	0,4	808
1998	24,7	4,4	7,6	4,2	2,8	4,9	1,2	1,3	822
1999	27,0	7,4	7,0	4,2	2,8	4,6	1,2	1,3	1146
2000	28,6	5,1	7,1	4,1	2,5	5,7	0,9	1,6	1180
2001	27,9	5,6	6,7	4,7	1,6	4,6	1,1	1,7	1204

Kilde: Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning

Bruk av TV, video og PC

13% av jentene og 20% av guttene satt mer enn 5 timer daglig foran TV, PC eller video. Det var vanligere å sitte mye foran skjermen i østlige enn i vestlige regioner. Ungdom med minoritetsbakgrunn var ivrigere skjermbrukere enn ungdom med norsk bakgrunn, en sammenheng som var tydeligst for jentene. Ungdom som planla yrkesfaglig utdanning brukte TV, PC eller video mer enn ungdom som hadde andre utdanningsplaner.

Bruk av TV, PC eller video kan være av interesse som en indikator på ungdommenes fysiske aktivitet. Bruker man i gjennomsnitt 5 timer eller mer foran skjermen hver dag, kan det ikke bli mye tid til overs til andre fritidsaktiviteter etter skolen. Ellers er bruk av tv/pc/video ikke nødvendigvis noe negativt, ettersom alle aktivitetene kan være lærerike, stimulerende og kreative.

En større andel av guttene enn av jentene brukte TV, video eller PC mer enn 5 timer daglig. Totalt gjaldt dette 20% av guttene og 13% av jentene, og guttene i Indre og Ytre øst var de flittigste brukerne. I disse regionene svarte mer enn hver femte gutt at han brukte mer enn 5 timer daglig til dette. Blant jentene var også daglig bruk størst i de østlige regionene, men bare i Indre øst kommer andelen over 20% (fig. 21).

Utenom skoletid: Hvor mange timer per skoledag (mandag-fredag) sitter du i gjennomsnitt foran tv, video og/eller pc (spill og internett) ?

Inntil 1 time

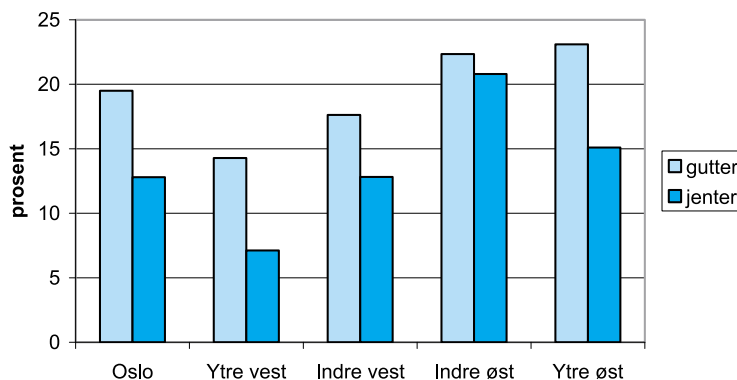
1-2 timer

3-5 timer

Mer enn 5 timer

Mer enn hver fjerde gutt og hver femte jente med mye tid foran TV eller PC, hadde planer om en yrkesfaglig utdanning (tab. 15, fig. 22). Det var en like stor andel gutter fra familier med dårlig og med svært god økonomi som brukte mer enn 5 timer daglig til dette, men blant jenter var den største andelen i familier med dårlig råd. Det er interessant at jenter med mødre født i utlandet hadde en høyere andel ivrige skjermbrukere enn jenter med norske mødre, og at de også satt like mye foran skjermen som gutter fra de samme opprinnelseslandene. Blant jenter med norsk mor var det 10% som brukte TV, PC eller video såpass mye, mens det gjaldt for 23% av jentene med "ikke-vestlige" mødre. Tilsvarende tall for norske og ikke-vestlige gutter var 18 og 24%.

Figur 21: Andel 15-16-åringer som bruker TV, PC eller video minst 5 timer per dag i Oslo 2000-2001. Prosent



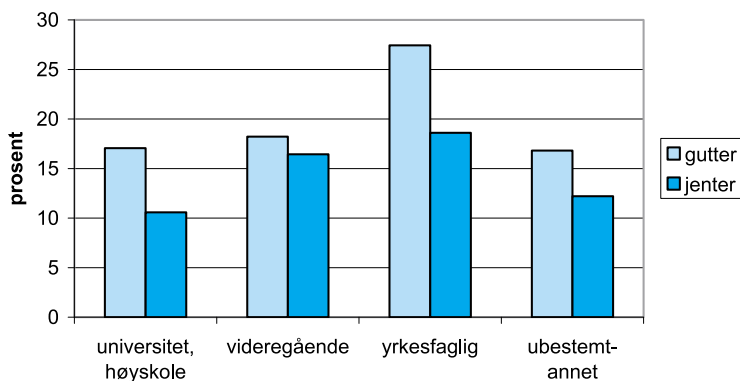
Kilde: Ung-HUBRO

Tabell 15: Andel 15-16-åringer som bruker TV, PC eller video minst 5 timer per dag i Oslo 2000-2001. Prosent

	Jenter	Gutter
Alle	13	20
Ytre vest	7	14
Indre vest	13	18
Indre øst	21	22
Ytre øst	15	23
sign.	***	***
Planer om utdanning		
Videregående yrkesfag	19	27
Videregående allmenn	16	18
Universitet/ høyskole	11	17
Ubestemt/ annet	12	17
sign.	***	***
Familiens økonomi		
Dårlig råd	21	25
Middels råd	14	22
God råd	11	17
Svært god råd	16	24
sign.	***	***
Gift eller skilte foreldre		
Skilt, separert, annet	15	22
Gift eller samboende	12	18
sign.	*	**
Mors fødeland		
Norge	10	18
Øst-Europa	19	17
Nord-Afrika/ Midtøsten	24	22
Sub Sahara-Afrika	27	19
Asia/ Stillehavet	24	26
sign.	***	**

Kilde: Ung-HUBRO

Figur 22: Andel 15-16-åringer som bruker TV, PC eller video minst 5 timer per dag i Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: Ung-HUBRO

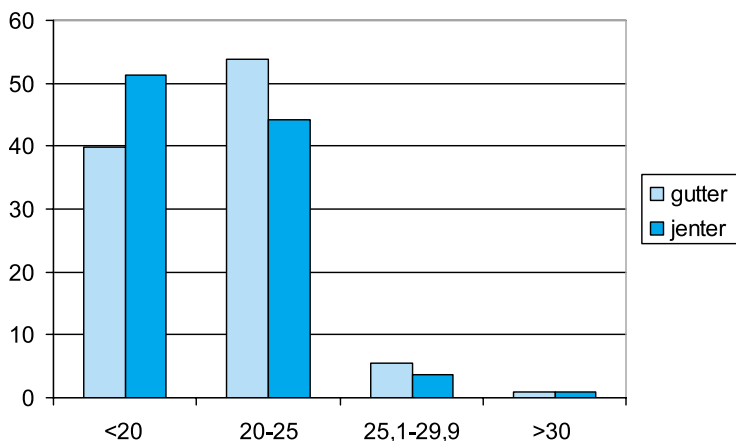
KMI – kroppsmasseindeks

Ungdom har en helt annen fordeling av kroppsvekt i forhold til høyde enn voksne, og det finnes ikke klare standarder og retningslinjer for hva slags grenseverdier som bør brukes. 46% av ungdommene hadde KMI-verdier på under 20 kg/kvm, og nær 6% over hadde verdier over 25 kg/kvm. Gutter hadde litt høyere KMI enn jenter. Det var ikke forskjeller mellom regioner eller andre grupper og inndelinger.

Fordeling av kroppsmasseindeks (KMI målt i kg/kvm) blant 15-16-åringer i Oslo er ganske ulik den fordelingen man er vant til å se blant voksne (se hefte 2). En betydelig andel av ungdommene hadde en KMI på under 20 kg/kvm (fig. 23), noe man blant voksne kaller undervekt. Dette gjaldt for halvparten av jentene og for 40% av guttene, og betyr ikke at alle disse er undervektige. Bare 1% kom i en kategori som blant voksne kalles fedme, nemlig over 30 kg/kvm. 4% av jentene og 5% av guttene hadde en KMI på 25,1-29,9, som blant voksne kalles overvekt iht. WHO's ekspertgruppe (Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet 2000). Det er imidlertid uenighet om hvilke verdier som skal betegne overvekt, og noen foreslår over 27,0 som overvekt for voksne. Det finnes ingen klare standarder for hvordan ungdoms KMI skal vurderes, selv om noen forslag foreligger (Cole m.fl. 2000, Lindgren m.fl. 1995).

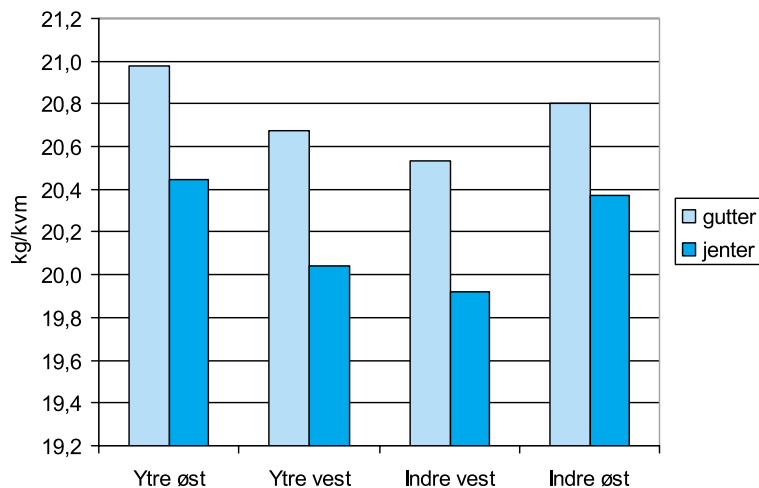
Guttene hadde litt høyere gjennomsnittlig BMI enn jentene. Forskjellene mellom regioner var små og ikke signifikante (fig. 24). Det var også bare små forskjeller i grupper for utdanningsønsker, økonomi, foreldres samlivsstatus eller mors fødeland (tab.16).

Figur 23: Andel unge 15-16 år i ulike kategorier for KMI i Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: Ung-HUBRO

Figur 24: Gjennomsnittsverdier for KMI (kg/kvm) blant 15-16-åringe i regioner i Oslo 2000-2001.



Kilde: Ung-HUBRO

Tabell 16: Gjennomsnittsverdier for KMI (kg/kvm) blant 15-16-åringe i Oslo 2000-2001

	Jenter	Gutter
Alle	20,3	20,8
Ytre vest	20,0	20,7
Indre vest	19,9	20,5
Indre øst	20,4	20,8
Ytre øst	20,4	21,0
sign.	ns	ns
Planer om utdanning		
Videregående yrkesfag	20,7	21,2
Videregående allmenn	20,1	20,9
Universitet/ høyskole	20,2	20,7
Ubestemt/ annet	20,0	20,9
sign.	ns	ns
Familiens økonomi		
Dårlig råd	20,9	21,6
Middels råd	20,5	21,0
God råd	20,2	20,7
Svært god råd	19,9	20,8
sign.	ns	ns
Gifte eller skilte foreldre		
Skilt, separert, annet	20,1	20,8
Gift eller samboende	20,5	21,0
sign.	ns	ns
Mors fødeland		
Norge	20,3	20,9
Øst-Europa	21,1	21,2
Nord-Afrika/ Midt-Østen	20,8	21,2
Sub Sahara-Afrika	20,1	19,8
Asia/ Stillehavet	19,8	20,5
sign.	ns	ns

Kilde: Ung-HUBRO

I ung-HUBRO ble man bedt om å oppgi høyde og vekt. Det vil være en viss feilkilde ved at dette baseres på egne opplysninger i stedet for målinger. Kroppsmasseindeks (KMI) får man ved å dele vekten i kg på kvadratet av høyden i m. Det er et mål for graden av overvekt og fedme, eller for grad av undervekt. Vanligvis deles KMI inn i 4 klasser (fig. 23), men her bruker vi hovedsakelig gjennomsnittsverdier på grunn av usikkerhet om inndelingen i kategorier for barn og unge.

Fysisk aktiv eller inaktiv?

Flere jenter enn gutter var fysisk inaktive i alderen 15-16 år, og andelen inaktive jenter var adskillig høyere i Indre øst enn i Ytre vest. Blant jenter med minoritetsbakgrunn var andelen fysisk inaktive høyere enn blant jenter med norsk bakgrunn. Det var ellers sosiale skiller i andelen fysisk inaktive blant ungdommene, som bl. a. ga seg utslag i en høyere andel inaktive i familier med dårlig råd.

Det finnes etter hvert mye forskning og dokumentasjon på at fysisk aktivitet påvirker fysisk og psykisk helse i gunstig retning (Sosial- og helsedirektoratet 2002). Av alle unge på 15-16 år i Oslo var 9% av guttene og 13% av jentene fysisk inaktive, det vil si at de ikke drev med noen idrett/ mosjon hver uke (se nedenfor for definisjon). I Indre øst var en av fem jenter inaktiv, i Ytre vest en av ti. Forskjellene mellom øst og vest var ikke like tydelig for guttene (fig. 23).

Blant ungdom som hadde planer om en yrkesfaglig utdanning var det flest inaktive, og færrest blant dem som planla å gå på universitet eller høyskole. Ungdom fra familier med ”dårlig råd” hadde en høyere andel inaktive enn ungdom fra familier med ”god” eller ”svært god råd”. En av fem ungdommer fra familier med dårlig råd var fysisk inaktive, både blant jenter og gutter (tab. 17).

Jenter med minoritetsbakgrunn var mindre fysisk aktive enn jenter med norsk bakgrunn (tab. 17). Dette påvirker sannsynligvis også forskjellene mellom regionene i figur 23.

Utenom skoletid: Hvor mange ganger i uka driver du idrett/mosjon slik at du blir andpusten eller svett?

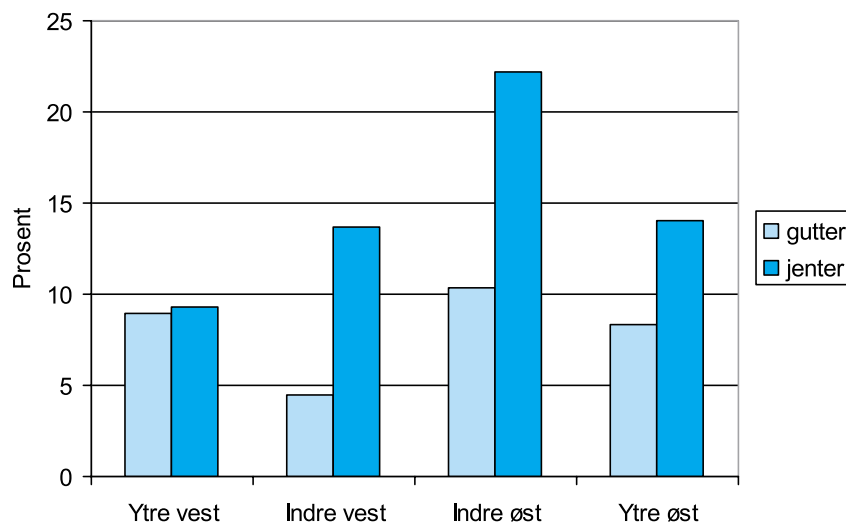
Antall ganger per uke ...

Omtrent hvor mange timer per uke bruker du på dette?

- 0 timer
- 1-2 timer
- 3-4 timer
- 5-7 timer
- 8-10 timer
- 11 timer eller mer

Fysisk inaktiv: Driver ikke ukentlig idrett/mosjon (0 ganger per uke). De som har krysset av for 0 timer på det andre spørsmålet om antall timer per uke er også med i gruppen inaktive, selv om de har svart noe annet enn 0 eller ikke har svart på det første spørsmålet.

Figur 25: Andel 15-16-åringer som er fysisk inaktive i regioner i Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: Ung-HUBRO

Tabell 17: Andel 15-16-åringer som er fysisk inaktive. Oslo 2000-2001. Prosent

	Jenter	Gutter
Alle	13	9
Ytre vest	9	9
Indre vest	14	4
Indre øst	22	10
Ytre øst	14	8
sign.	***	ns
Planer om utdanning		
Videregående yrkesfag	21	12
Videregående allmenn	14	10
Universitet/ høyskole	10	6
Ubestemt/ annet	11	9
sign.	***	***
Familiens økonomi		
Dårlig råd	23	18
Middels råd	16	10
God råd	11	8
Svært god råd	9	7
sign.	***	***
Gifte eller skilte foreldre		
Skilt, separert, annet	15	10
Gift eller samboende	12	8
sign.	***	ns
Mors fødeland		
Norge	10	8
Øst-Europa	19	6
Nord-Afrika/ Midt-Østen	18	8
Sub Sahara-Afrika	17	4
Asia/ Stillehavet	25	10
sign.	***	ns

Kilde: Ung-HUBRO

Brus- eller coladrikking

Flere gutter (12%) enn jenter (4%) drakk mye brus hver dag. Ungdom i østlige regioner drakk mer brus enn ungdom i vestlige. Blant ungdom med planer om yrkesfaglig utdanning var det mer vanlig å drikke mye brus daglig enn blant ungdom med planer om høyere utdanning. Gutter som rapporterte at familien hadde ”svært god råd”, drakk like mye brus til daglig som gutter fra Indre øst og like mye som gutter med planer om yrkesfaglig utdanning.

Et stort konsum av brus med sukker kan innebære et ensidig kosthold med mangel på vitaminer og mineraler. Brusdrikking kan også være problematisk i forhold til overvekt og tannhelse. Tilgangen på søte leskedrikker er stor og det er billigere å kjøpe brus enn melk eller melkeprodukter. Foreløpig er det relativt få ungdomsskoler her i landet som har brusautomater (4%), mens drikkefontener med vann finnes på 36% av skoler med 10. klassinger (Bjelland og Klepp 2000). Det har vært en økning i inntaket av brus, cola og andre leskedrikker blant både gutter og jenter i Norge fra 1989 til 1997. Det var sterke økninger blant gutter, i 1989 rapporterte 9% av guttene i 8. klasse at de drakk brus hver dag og i 1997 hadde andelen økt til 26% (Wold m.fl. 2000).

Det ble drukket lite brus uten sukker blant 15-16 åringene i Oslo (tab. 18). Det var flere gutter enn jenter som drakk mye brus (4 glass eller mer) hver dag. Guttene i Indre og Ytre øst drakk mer brus enn guttene i Oslo vest. Jentene i Indre øst drakk mer brus enn jentene i de andre regionene, men også mer enn guttene i Ytre vest (fig. 26). Det var en overvekt av brusdrikkere blant ungdom som hadde tenkt å ta yrkesfaglig retning på videregående, men også en overvekt blant ungdom fra familier med ”svært god råd” (tab. 19).

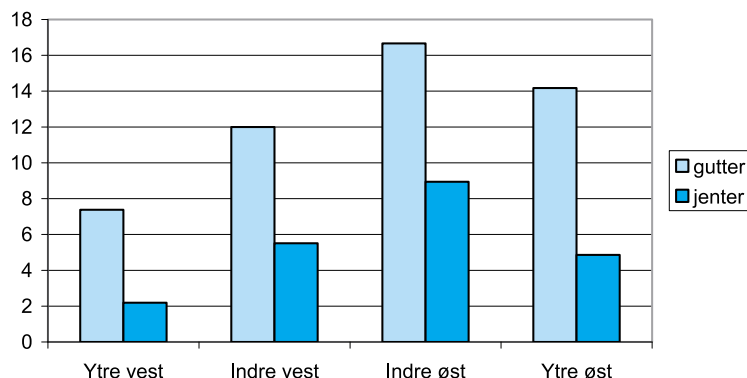
Tabell 18: Brus/coladrikking blant 15-16 åringene i Oslo 2000-2001. Prosent

	Jenter		Gutter	
	med sukker	uten sukker	med sukker	uten sukker
Sjelden/aldri	19	70	6	77
1-6 glass pr. uke	55	21	46	14
1 glass pr. dag	13	5	20	4
2-3 glass pr. dag	9	3	17	3
4 glass el. mer pr. dag	4	1	11	2

I spørreskjemaet ble det spurt om cola/brus med sukker eller ”light”.

Kilde: Ung-HUBRO

Figur 26: Andel 15-16-åringene som drikker 4 glass brus eller mer daglig. Oslo 2000 - 2001. Prosent



Kilde: Ung-HUBRO

Tabell 19: Andel 15-16-åringer som drikker 4 glass brus eller mer daglig. Oslo 2000-2001. Prosent

	Jenter	Gutter
Alle	4	12
Ytre vest	2	7
Indre vest	6	12
Indre øst	9	17
Ytre øst	5	14
sign.	***	***
Planer om utdanning		
Videregående yrkesfag	8	18
Videregående allmenn	8	10
Universitet/ høyskole	3	10
Ubestemt/ annet	3	10
sign.	***	***
Familiens økonomi		
Dårlig råd	7	12
Middels råd	4	12
God råd	4	10
Svært god råd	7	18
sign.	**	***
Gifte eller skilte foreldre		
Skilt, separert, annet	5	13
Gift eller samboende	4	11
sign.	ns	ns

Kilde: Ung-HUBRO

Mobbing

15% av ungdommene i Oslo hadde blitt utsatt for mobbing på skole eller skolevei de siste 12 måneder. 3% opplevde å bli mobbet en eller flere ganger i uka. Problemet var mer utbredt i Indre øst enn i de andre regionene.

Det har blitt gjennomført to store undersøkelser om mobbing i Norge i 1983 og i 2001. Resultatene viser at andelen elever som blir utsatt for mobbing har økt med ca. 50% i denne perioden. Andel elever som oppga å mobbe andre var 7% på ungdomstrinnet i 2001. Det ser ut til å ha skjedd en forskyvning mot mer alvorlig og hyppigere mobbing, det vil si mobbing som skjer "minst én gang i uken". Blant de som mobbet andre var det i 2001 flere som sa at de gjorde dette minst én gang i uken enn det var i 1983 (Olweus og Thyholdt 2002). Fra høsten 1999 til og med høsten 2000 ble et prosjekt mot mobbing gjennomført ved 10 skoler i Oslo-området av "Gruppe for forebygging av mobbing og antisosial atferd" ved HEMIL-senteret, Universitetet i Bergen. 7 barneskoler og 3 ungdomsskoler i Lørenskog og Bøler medvirket. Det rapporteres om gode resultater (Olweus 2001).

I ung-HUBRO svarte 15% av 15-16-årige gutter og 14% av jentene at de hadde vært utsatt for mobbing på skolen eller skoleveien de siste 12 månedene. I de fleste tilfeller var dette noe som skjedde av og til, men 3% av ungdommene opplevde mobbing en eller flere ganger i uken. Andelen som hadde opplevd mobbing varierer mellom regionene i Oslo (fig. 27, tab. 20). Indre øst skilte seg ut, med høyere andel mobbeofre både blant jenter og gutter.

Har du i løpet av de siste 12 mnd. opplevd problemer med mobbing på skolen/skoleveien?

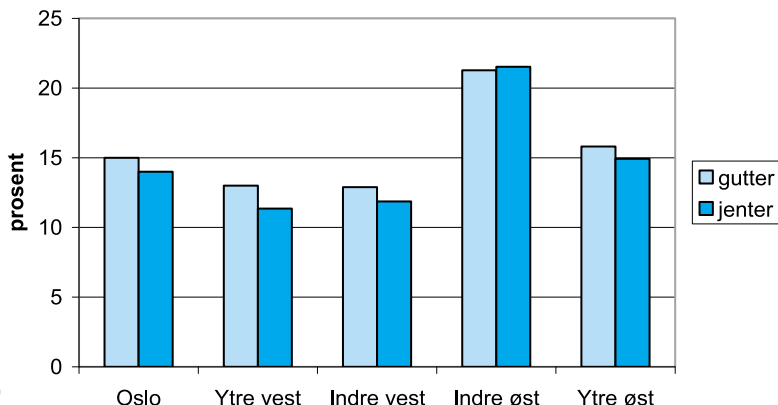
Aldri

Av og til

Omtrent 1 gang i uka

Flere ganger i uka

Figur 27: Andel 15-16-åringers som var utsatt for mobbing av og til eller ukentlig siste år. Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: Ung-HUBRO

Tabell 20: Andel 15-16-åringers som var utsatt for mobbing av og til eller ukentlig siste år. Oslo 2000-2001. Prosent

	Jenter Opplevd mobbing av og til	Gutter Opplevd mobbing av og til	Jenter Opplevd mobbing ukentlig	Gutter Opplevd mobbing ukentlig
Alle	11	12	3	3
Ytre vest	9	10	3	3
Indre vest	10	11	2	2
Indre øst	17	14	5	7
Ytre øst	12	12	3	3
sign.	***	ns	ns	***

Kilde: Ung-HUBRO

Vold

Bruk av vold ungdom imellom var ganske utbredt, særlig blant guttene. En av fire gutter og en av ti jenter hadde blitt utsatt for vold fra ungdom i løpet av de siste 12 månedene. Jenter i Indre øst ble oftere utsatt for vold fra annen ungdom enn jenter i Ytre vest. 4% av alle ungdommer hadde blitt utsatt for vold fra voksne i løpet av de siste 12 måneder. Det var ikke forskjeller mellom regionene for jenter, men gutter i Indre øst opplevde oftere vold fra voksne enn gutter i de andre regionene.

29% av guttene og 16% av jentene hadde selv vært utsatt for vold de siste 12 månedene. Det var ganske vanlig å bli utsatt for vold fra andre ungdommer, en av fire gutter svarte bekreftende på dette og en av ti jenter (fig. 29). En liten gruppe hadde blitt utsatt både for vold fra annen ungdom og for vold fra voksne (fig. 28). Slår man sammen de to kategoriene "vold fra voksne" og "vold fra ungdom og voksne" får man 4% gutter og 5% jenter som hadde vært utsatt for vold fra voksne (tab. 21). Det var forskjell på hvor utsatte ungdommene var for vold i regionene, og indre bydeler og regioner hadde noe mer problemer med vold enn de ytre regionene.

Har du selv vært utsatt for vold (blitt slått, sparket e.l.) de siste 12 mnd.?

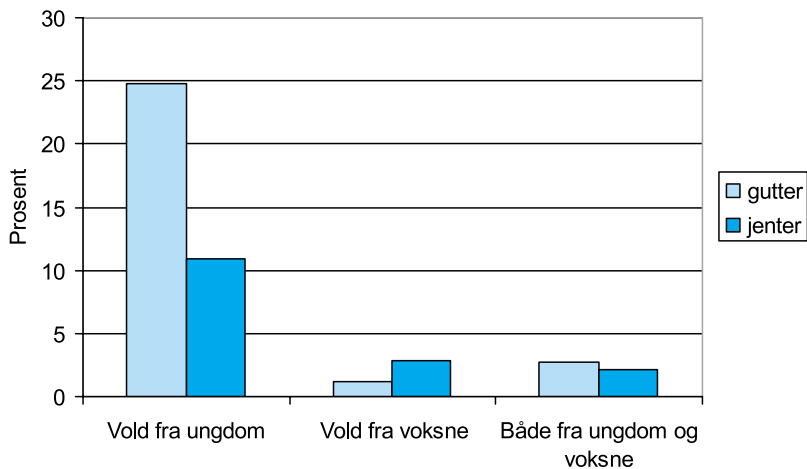
Aldri

Ja, bare av ungdom

Ja, bare av voksne

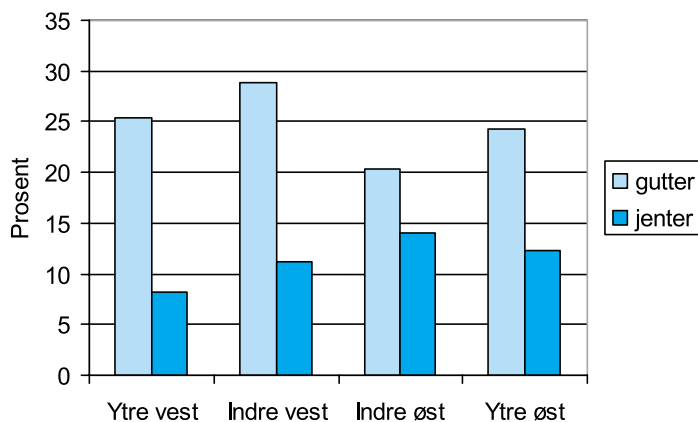
Ja, av både ungdom og voksne

Figur 28: Andel unge 15-16 år som har vært utsatt for vold siste 12 mnd. Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: Ung-HUBRO

Figur 29: Andel unge 15-16 år som har vært utsatt for vold fra annen ungdom siste 12 mnd. Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: Ung-HUBRO

Tabell 21: Andel unge 15-16 år som har vært utsatt for vold fra ungdom eller voksne siste år. Oslo 2000-2001. Prosent

	jenter fra ungdom	gutter fra ungdom	jenter fra voksne	gutter fra voksne
Alle	11	25	5	4
Ytre vest	8	25	4	3
Indre vest	11	29	7	4
Indre øst	14	20	6	7
Ytre øst	12	24	5	4
sign.	***	ns	ns	*

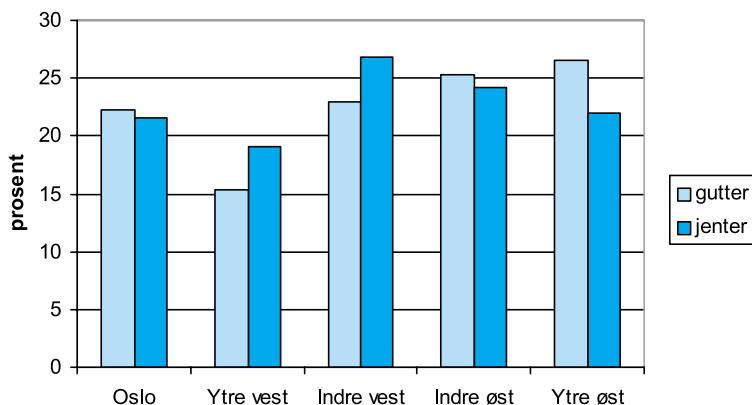
De som svarte at de var utsatt for vold både fra voksne og ungdom er tatt med i kategorien "vold fra voksne" (gjelder også fig. 29)
Kilde: Ung-HUBRO

Seksuell debut

Alt i alt hadde vel én av fem ungdommer på 15-16 år i Oslo debutert seksuelt. Andelen var lavest i Ytre vest med 17%, mens omtrent en firdel av ungdommene i de andre regionene hadde debutert seksuelt.

Blant 15-16-åringene i Oslo hadde 23% av guttene og 21% av jentene debutert seksuelt. 9 % av guttene og 7% av jentene hadde hatt samleie med flere partnere. Seksuell debutalder varierte med bosted. Tidlig seksuell debut var vanligere i østlige enn i vestlige bydeler for guttene, men ikke for jentene. Både blant gutter og jenter var det en lavere andel i Ytre vest enn i de andre regionene som hadde debutert seksuelt (fig. 30).

Figur 30: Andel 15-16 åringer som har debutert seksuelt. Oslo 2000-2001. Prosent



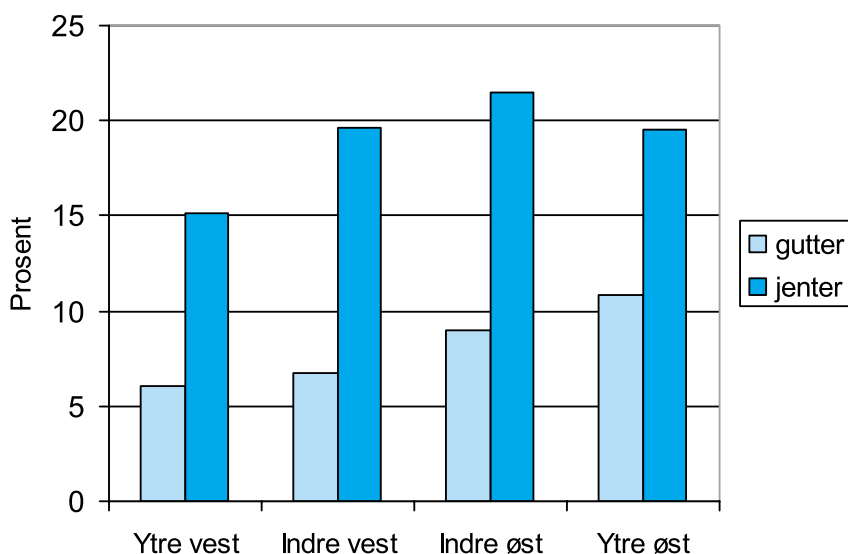
Kilde: Ung-HUBRO

Bruk av helsestasjon for ungdom

Dobbelt så mange jenter (18%) som gutter (9%) på 15-16 år hadde besøkt helsestasjon for ungdom det siste året. Både for gutter og jenter var andelen som hadde benyttet tilbudet høyere i østlige enn i vestlige regioner.

Det var adskillig flere jenter enn gutter som hadde benyttet helsestasjon for ungdom de siste 12 månedene. Ungdom i østlige bydeler benyttet helsestasjonene mer enn ungdom i vest (fig. 31, tab. 22). Prevensjon og prevensjonsbruk er et viktig arbeidsområde for helsestasjonene, slik at besøk på helsestasjon kan ha sammenheng med at en høyere andel av ungdommene i øst hadde debutert seksuelt – og trenger prevensjon.

Figur 31: Andel 15-16-åringe som har brukt helsestasjon for ungdom minst én gang siste år. Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: Ung-HUBRO

Tabell 22: Andel 15-16-åringe som har brukt helsestasjon for ungdom siste år. Oslo 2000-2001. Prosent

	jenter 1-3 ganger	gutter 1-3 ganger	jenter 4 ganger +	gutter 4 ganger +
Alle	15	8	3	1
Ytre vest	13	6	2	0
Indre vest	15	6	4	0
Indre øst	18	7	4	2
Ytre øst	16	10	3	1
sign.	ns	***	*	*

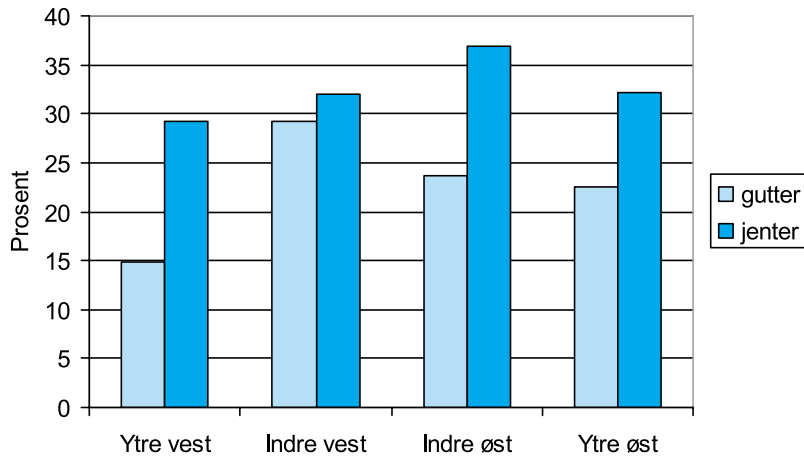
Kilde: Ung-HUBRO

Skolehelsetjeneste

En høy andel av ungdommene i alderen 15-16 år hadde besøkt skolehelsetjenesten, også her flere jenter (31%) enn gutter (20%). Flest gutter fra Indre vest hadde vært hos skolehelsetjenesten, mens det blant jentene var flest fra Indre øst. Sammenlagt for gutter og jenter var det lavest andel i Ytre vest og høyest andel i Indre vest som hadde benyttet tilbudet.

Av jentene hadde 31% og av guttene 20% brukt skolehelsetjenesten siste år. De aller fleste av disse hadde vært der 1-3 ganger, men 5% av jentene og 1% av guttene hadde vært der 4 eller flere ganger. Ungdom i Ytre vest brukte skolehelsetjenesten mindre enn ungdom i de indre bydeler og regioner (fig. 32 og tab. 23).

Figur 32: Andel 15-16-åringe som har brukt skolehelsetjenesten minst én gang siste år. Oslo 2000-2001. Prosent



Kilde: Ung-HUBRO

Tabell 23: Andel 15-16 åringer som har brukt skolehelsetjenesten siste år. Oslo 2000-2001. Prosent

	jenter 1-3 ganger	gutter 1-3 ganger	jenter 4 ganger +	gutter 4 ganger +
Alle	26	19	5	1
Ytre vest	24	15	6	0
Indre vest	29	28	3	1
Indre øst	32	21	5	3
Ytre øst	28	21	5	1
sign.	**	***	ns	***

Kilde: Ung-HUBRO

Bidragstere

Arbeidet med prosjektet 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 databehandlingen. 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. Forskningssjef Randi Selmer har bidratt vesentlig når det gjelder frafallsproblematikk og metode.

Undersøkelsen var et samarbeidsprosjekt mellom tidligere Statens helseundersøkelser, nå en del av Nasjonalt folkehelseinstitutt, Universitetet i Oslo og Oslo kommune. Konsulent Tove Eie har administrert datainnsamlingen i ung-HUBRO og har stått for samarbeidet med skoleetaten. Vi ønsker å takke ungdomsskolene i Oslo, v/ seksjonsleder Knut Hedemann, for stor samarbeidsvilje og innsats i forbindelse med ung-HUBRO. Interesse og stor oppslutning blant ungdommene på det aktuelle trinnet medvirket til en undersøkelse med god datakvalitet.

En egen arbeidsgruppe av fagpersoner har fulgt arbeidet med ung-HUBRO helt fra utarbeidelsen av spørreskjema, gjennom datainnsamlingen og fram til ferdig datafil. Mange av dem som har vært med på dette kommer i tiden framover til å bruke ungdomsundersøkelsen til forskning. Slike planer for forskning og publisering har lagt visse føringer og begrensninger på bruken av ung-HUBRO-data i dette heftet. Ulike tema har derfor noe ulik detaljeringsgrad i tabeller og figurer.

Faggruppen rundt ung-HUBRO har gitt nyttige råd og innspill i arbeidet med dette heftet. Seksjon for forebyggende medisin og epidemiologi v/ Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo har gjort et omfattende arbeid i forbindelse med utvikling av spørreskjema. Spørsmålene om planer for egen utdanning er basert på spørsmål om fremtidsplaner i NOVAs "Oslo youth study 1996" v/ Anders Bakken. Spørsmålene er justert, i samforståelse med Bakken, av Anne-Karin Valle, Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo. Klassifiseringen av ungdom med minoritetsbakgrunn er utarbeidet av Bernadette Kumar ved samme institutt.

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

Referanser

- Bakkan H. Tannhelsen blant barn og ungdom med innvandrerbakgrunn. Tannhelseetaten 2002.
- Bakken A. Ungdomstid i storbyen. 7/1998. 1998. Oslo, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. NOVA-Rapport.
- Barstad A. Store byer, liten velferd? Om segregasjon og ulikhet i norske storbyer. SØS 97, 1-153. 1997. Statistisk sentralbyrå. Sosiale og økonomiske studier.
- Bjelland M, Klepp KI. Skolemåltidet og fysisk aktivitet i grunnskolen. Oslo. 1-38. 2000. Universitetet i Oslo, Institutt for ernæringsforskning. rapport.
- Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000; 320(7244):1240-1243.
- Gimmestad A, Holst D. Endringer i kriteriene for fyllingsterapi i Oslo 1979-1996. Nor Tannlegeforen Tid 2001; 111:872-877.
- Gjestland T, Moen E. "East is east, and west is west...". 21. 1988. Oslo, Norsk institutt for by- og regionsforskning. Rapport.
- Hackauf H, Winzen G. On the state of young people's health in the European Union. 1-171. 1999. Deutsches Jugendinstitut e.V./German Youth Institute.
- Hagen Johansen I. Forebyggende tannhelsearbeid i flerkulturelle befolkningsgrupper. 2001. Oslo, Tannhelseetaten.
- Hagen K, Djuve AB, Vogt P. Oslo: den delte byen? FAFO-rapport 161, 1-320. 1994. Oslo, Forskningsstiftelsen FAFO.
- Hansen FH, Reitan J, Ågotnes JE. Helse- og levekårsatlas for Hordaland og Noreg. Bergen: Hordaland fylkeskommune/ Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, 1996.
- 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.
- Lindgren G, Strandell A, Cole T, Healy M, Tanner J. Swedish population reference standards for height, weight and body mass index at 6 to 16 years (girls) or 19 years (boys). Acta Pædiatr 1995; 84(9):1019-1028.
- Markestad T. Mageleie og krybbedød. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 28, 1995; 115: 3517-3518. Oslo offentlige tannhelsetjeneste. Årsberetning 1988. 1989. Oslo offentlige tannhelsetjeneste.
- Olweus D. 2001: <http://www.uib.no/psyfa/hemil/PRESSPROSJo1.html>
- Olweus D. og Thyholdt R. 2002: <http://www.uib.no/psyfa/hemil/mobbing/index.html>
- Rognerud M, Stensvold I. Oslohelse. Utredningen om helse, miljø og sosial ulikhet i bydelene. 1-175. 1998. Oslo, Ullevål sykehus, Klinikk for forebyggende medisin.
- Røysamb E. Psykiske problemer hos ungdommer. I Ny viten om psykisk helse – utbredelse og forebyggende tiltak. Rapport fra Formidlingskonferansen 23.03.2000. 2000, Oslo, Norges forskningsråd.
- SIRUS 2002: <http://www.sirus.no>
- Sosial- og helsedirektoratet. Fysisk aktivitet og helse. Temahefte. Tidsskr Nor Lægeforen mars 2002[tema], 2908-3447. 2002.
- Statens helsetilsyn. Årsberetning 1999-2000. Tannhelsetjenesten i Norge. IK-2758. 2001. Statens helsetilsyn. Årsmelding.
- Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet. VEKT-HELSE. 1. 2000. Oslo, Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet. Rapport.
- Statistisk sentralbyrå 2002-a: <http://www.ssb.no/emner/03/03/10/barneverng/>
- Statistisk sentralbyrå 2002-b: <http://www.ssb.no/emner/03/01/20/abort/main.html>
- 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 Psychiatri 2002; In press.
- Tannhelseetaten. Årsberetning 2000. 2001. Oslo kommune, Tannhelseetaten.
- Wold B, Aarø LE, Samdal O, Torsheim T. Utviklingstrekk i helse og livsstil blant barn og unge fra Norge, Sverige, Ungarn og Wales. 1-2000, 1-134. 2000. Bergen, Universitetet i Bergen. HEMIL-senteret. Rapport.