



Folkehelsepolitisk rapport 2017

Indikatorer for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet

Forord

Denne rapporten presenterer en oversikt over utviklingstrekk i samfunnet som påvirker befolkningens helse og helsefordelingen. Etter folkehelseloven skal Helsedirektoratet følge med på forhold som påvirker folkehelsen og bidra til å iverksette nasjonal politikk på folkehelseområdet. I utførelsen av denne rollen er det særlig viktig å følge med på områder som lar seg påvirke gjennom politiske veivalg og prioriteringer. Denne rapporten gir oss et solid utgangspunkt for å bidra i utformingen av framtidens folkehelsepolitikk. Helse- og omsorgsdepartementet og de andre departementene er hovedmottaker av rapporten. Jeg håper allikevel at alle som jobber med folkehelse i Norge også vil ha nytte av å lese den.

Det er to år siden vi presenterte forrige Folkehelsepolitiske rapport. På mange områder har det skjedd små endringer, men noen utviklingstrekk mener jeg det er verdt å merke seg.

De aller fleste nordmenn har det godt; vi nyter en høy materiell levestandard og scorer høyt på tillit, sosiale relasjoner og mulighet til deltakelse. I et slikt samfunn vil sosiale forskjeller i levevaner bidra relativt mye til sosial ulikhet i helse. Vi er urolige for de til dels store og vedvarende sosiale forskjellene i tobakksbruk, kosthold og fysisk aktivitet. For å unngå at forskjellene blir større, må sunne valg gjøres enklere; dette handler om pris og tilgjengelighet, om informasjon og merking, og et proaktivt forhold til næringslivet. Intensjonsavtalen om et sunnere kosthold er et godt eksempel på hvordan vi, i samarbeid med matvarebransjen, jobber for at matvarer som hele befolkningen bruker blir sunnere.

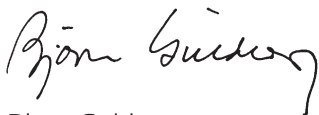
En trygg oppvekst er for de fleste en forutsetning for et liv med god helse og livskvalitet. Vi ser at stadig flere barn er i kontakt med barnevernet, men dette er utviklingstrekk som er vanskelig å tolke. Det er grunn til å anta at barnevernet er blitt flinkere til å avdekke saker og iverksette tiltak på et tidligere stadium. Likevel vet vi at barnevernsbarn i mindre grad fullfører høyere utdanning og i større grad blir mottakere av helserelaterte ytelser senere i livet enn sine jevngamle uten samme erfaring. Å ha gode tjenester som følger opp sårbare

barn er en investering både i den enkelte og for samfunnet som helhet. Vi må derfor fortsette arbeidet med å styrke helsestasjonen og skolehelsetjenesten slik at vi når de normeringsmålene som er satt for denne tjenesten.

I arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller er det nødvendig å rette oppmerksomheten mot årsakene som ligger bak. Derfor er økonomiske levekår omtalt i rapporten. De siste års utvikling viser en økning i økonomiske forskjeller i Norge. Det er ikke bare de nederste i inntektshierarkiet - «de fattige» - som sakker akterut; forskjellene ser ut til å øke langs hele inntektsskalaen. Det er de unge voksne (18-34 år) som de siste årene utgjør den største gruppen med lavinntekt. Men lavinntekt øker også blant barnefamiliene. Vi har kunnskap om at sosial ulikhet i barneårene forplanter seg til dårligere helse og livskvalitet senere i livet. Når årets rapport også viser at andelen husholdninger med høy gjeld har økt kraftig de siste ti årene, gir det grunn til en viss bekymring for sårbare husholdningers økonomi i årene som kommer.

Arbeid er den viktigste kilde til inntekt og selvforsørgelse. I tillegg er arbeid i de fleste tilfeller helsefremmende; det er en kilde til sosial tilhørighet, til læring og utvikling. Et inkluderende arbeidsliv er ikke bare gunstig på individnivå, det er en betingelse for hele vår velferd. Derfor må vi styrke introduksjonsprogrammet som skal bistå nyankomne flyktninger med å komme inn i arbeidslivet slik at det får bedre effekt. Tall fra IMDi viser at det særlig er kvinnene som henger etter når det gjelder yrkesdeltagelse.

Til slutt vil jeg takke alle våre eksterne samarbeidspartnere som har bidratt i utformingen av rapporten.



Bjørn Guldvog
Helsedirektør

Innhold

Forord	3
Innledning	7
1. Økonomiske levekår	13
1.1 Økonomi og helse	14
1.2 Inntektsfordeling	15
1.3 Lavinntekt (fattigdom)	21
1.4 Økonomisk trygghet	24
1.5 Formue og gjeld	25
2. Sosial støtte, deltagelse og medvirkning	29
2.1 Sosial støtte og helse	30
2.2 Sosial støtte og andre nettverksressurser	31
2.3 Sosial deltagelse og barrierer	37
2.4 Demokratisk medvirkning	45
2.5 Tillit	47
3. Trygge og helse-fremmende miljøer	49
3.1 Miljø og helse	50
3.2 Helsefremmende miljø og lokalsamfunnsutvikling	50
3.3 Aktiv transport og kollektivtransport	56
3.4 Universell utforming og tilgjengelighet	61
3.5 Miljørettet helsevern	63
3.6 Strålevern	68
3.7 Skader og ulykker	74
4. Sunne valg	81
4.1 Helseatferd og helse	82

4.2	Bruk av tobakk	83
4.3	Fysisk aktivitet og stillesitting	85
4.4	Kosthold	89
4.5	Alkoholbruk	93
4.6	Tilrettelegging for sunne valg	97
5.	Oppvekst	107
5.1	Oppvekst og helse	108
5.2	Barnehage	110
5.3	Grunnoplæringen	114
5.4	Barn med særskilt oppfølging	124
5.5	Forebyggende helsetjenester for barn og unge	134
6.	Arbeidsliv	139
6.1	Arbeid og helse	140
6.2	Kjennetegn ved det norske arbeidsmarkedet	141
6.3	Kjennetegn ved arbeidsmiljøet i Norge	143
6.4	Inkludering i arbeidslivet	150
6.5	Sykefravær	156
6.6	Seniorer i arbeidslivet	158
7.	Lokalt Folkehelsearbeid	167
7.1	Kommunalt og fylkeskommunalt folkehelsearbeid	168
7.2	Status og utvikling av kommunalt og fylkeskommunalt folkehelsearbeid	169
8.	Referanser	181

Innledning

I Folkehelseloven defineres folkehelsearbeid som «*samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen*» (§3-b).

Befolkningens fysiske og psykiske helse er langt på vei et resultat av oppvekstmiljø slik som barnehage og skole, arbeidsliv og fritid, og betingelser for en god alderdom. Sosial ulikhet i helseatferd og helse er i all hovedsak et resultat av sosiale forskjeller i materielle og psykososiale ressurser.

Denne rapporten viser status og utvikling på en rekke samfunnsforhold vi mener det er viktig å følge med på i et folkehelseperspektiv.

Bærekraft er et systemisk begrep, og brukes om en samfunnsutvikling som kan vedvare over tid uten å forringe nåværende eller kommende generasjoners muligheter. Bærekraftig utvikling beskrives gjerne ut fra tre dimensjoner som er gjensidig avhengig hverandre; økonomi, miljø og sosiale forhold. FNs bærekraftsmål reflekterer disse tre perspektivene. De tre dimensjonene må være i balanse for å skape en holdbar framtid.

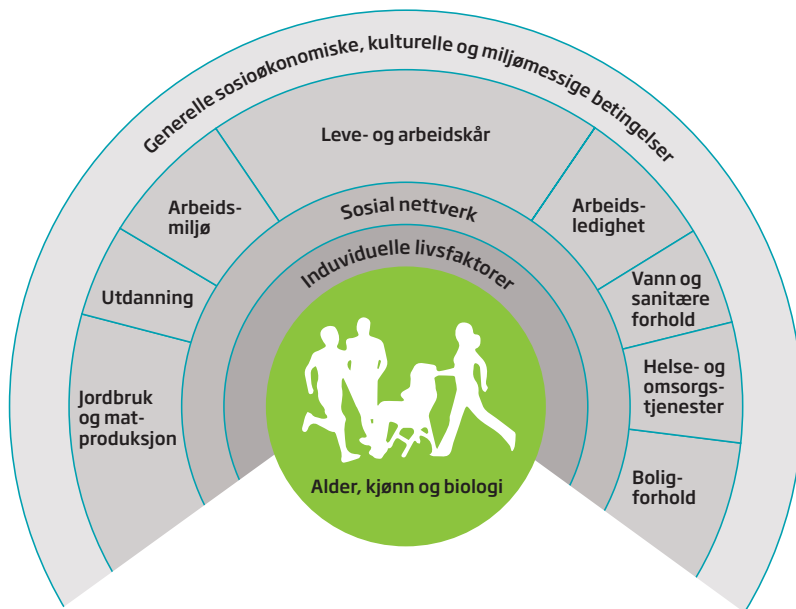
Befolkningens helse er avhengig av bærekraft i alle tre dimensjonene. For eksempel er ubalanse i klima en trussel for menneskers liv og helse. Ubalanse i sosiale forhold kan blant annet skape utsatte og depriverte bo-områder, herunder grobunn for sosial uro, i tillegg til å være etisk problematisk. En ubalanse i økonomien vil blant annet kunne true velferd og tjenester til befolkningen, herunder tilbud av helse- og omsorgstjenester. For å håndtere utfordringer knyttet til økonomi, miljø og samfunn, er befolkningens generelle helsetilstand en viktig innsatsfaktor. En god og jevnt fordelt helse i befolkningen er derfor en forutsetning for en bærekraftig samfunnsutvikling. Bærekraft innen økonomi og miljø forutsetter sosial bærekraft, det vil si bærekraft i menneskelige ressurser og samfunnsforhold, herunder god og jevnt fordelt helse i befolkningen.

Arbeidet med rapporten er forankret i Meld.St.34 (2012-2013) Folkehelsemeldingen kap 8. og Meld.St.19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen kap. 8 avsnitt 8.3. Rapporten er videre en operasjonalisering av direktoratets følge med – ansvar på folkehelseområde.

Helse- og omsorgsdepartementet beskriver oppdraget med å lage denne rapporten i Meld. St.19 (2014-2015) *Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter*, på denne måten:

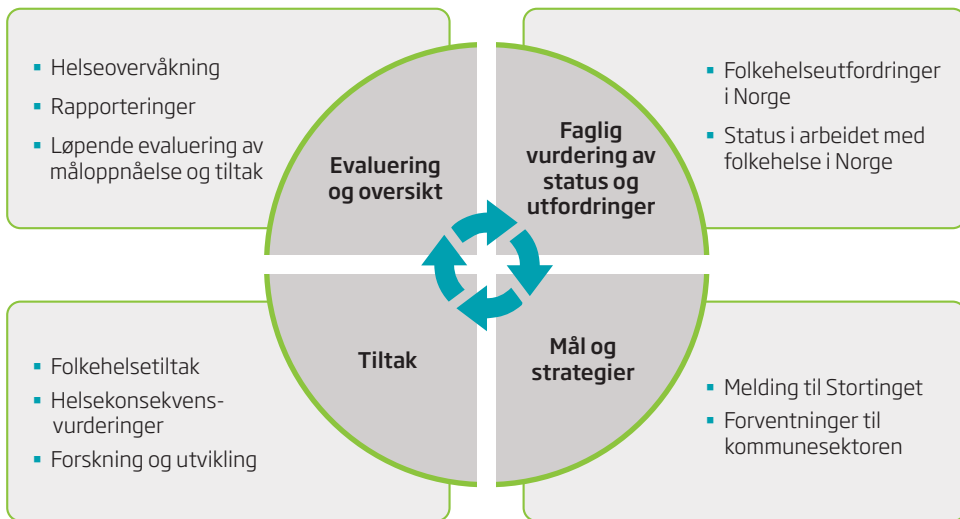
«Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utvikle (...) indikatorer i nært i samarbeid med andre statlige direktorater og fagmiljøer. Indikatorene skal gjøre det mulig å følge utviklingen i folkehelsearbeidet og tilpasse den nasjonale politikken til endringer i forhold som har stor betydning for befolkningens helse. Utviklingsarbeidet bygger videre på det rapporteringssystemet som er etablert for å følge utviklingen i arbeidet for å utjevne sosiale forskjeller. Målet er å etablere stabile tidsserier. Rapporteringssystemet skal inneholde indikatorer på økonomiske levekår, sosial støtte, deltagelse og medvirkning, trygge helsefremmende miljøer, sunne valg, oppvekst, arbeidsliv og lokalt folkehelsearbeid» (s.149).

Mangfoldet av påvirkningsfaktorer er godt illustrert i denne regnbuefiguren utformet av Margaret Whitehead og Göran Dahlgren fra 1992:



Når påvirkningsfaktorene både er mangfoldige og interagerende, er det viktig at man i folkehelsearbeidet har et tydelig rammeverk som sikrer en systematikk i møte med de folkehelsepolitiske utfordringene. Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven), som trådte i kraft i 2012, utgjør et slikt rammeverk.

Folkehelseloven pålegger både statlige og lokale myndigheter å sørge for et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid. Denne systematikken fremstilles som en syklisk prosess som innebærer fire sentrale faser; oversiktsarbeid, strategi- og planprosesser, tiltak og evaluering.



Med utgangspunkt i Folkehelseloven er det etablert et nasjonalt system for å følge opp folkehelsepolitikken. Et viktig formål med dette systemet er å styrke det nasjonale folkehelsearbeidet ved å samle styringssignalene i folkehelsepolitikken.

Denne rapporten har som mål å gi en sammenstilling av innsatser på ulike politikkområder som har betydning for folkehelsen, og dermed gi et godt grunnlag for fremtidig politikkutforming på tvers av sektorer.

Indikatorutvikling

Indikatorene i rapporten skal gjøre oss i stand til å følge med på utvikling og trender på politikkområder utenfor helsesektoren som har betydning for befolkningens helse og sosiale helseforskjeller. Arbeidet med å etablere indikatorer, samt oppdatere og analysere tallene, skjer i tett samarbeid med

andre nasjonale myndigheter (direktorater, departementer og statlige fagmiljøer). Grunnlaget for indikatorene er allerede eksisterende data og registre. Noen områder har ikke et tilstrekkelig datagrunnlag for å etablere indikatorer, men de kan allikevel ha betydning for folkehelsen. På disse områdene gir vi en mer kvalitativ framstilling og vurdering.

Ved vurdering og utvelgelse av indikatorer har vi forsøkt å legge vekt på følgende kriterier:

- Validitet
 - at indikatorene faktisk måler det de skal og vurderes som relevante
- Korrelasjon til helse
 - Sammenhengene er ikke nødvendigvis kausale; de kan virke gjennom andre faktorer og over tid. Beskrivelse av sammenhenger bygger på foreliggende evidens om samvariasjon og korrelasjon
- Meningsfull og mulig å påvirke med tiltak
- Tilgjengelig og relativt lett å administrere
- Forståelig
- Sosial ulikhetsdimensjonen og eventuelle andre dimensjoner (kjønn, etnisitet)
- Tidsdimensjonen (mulig å følge over tid)

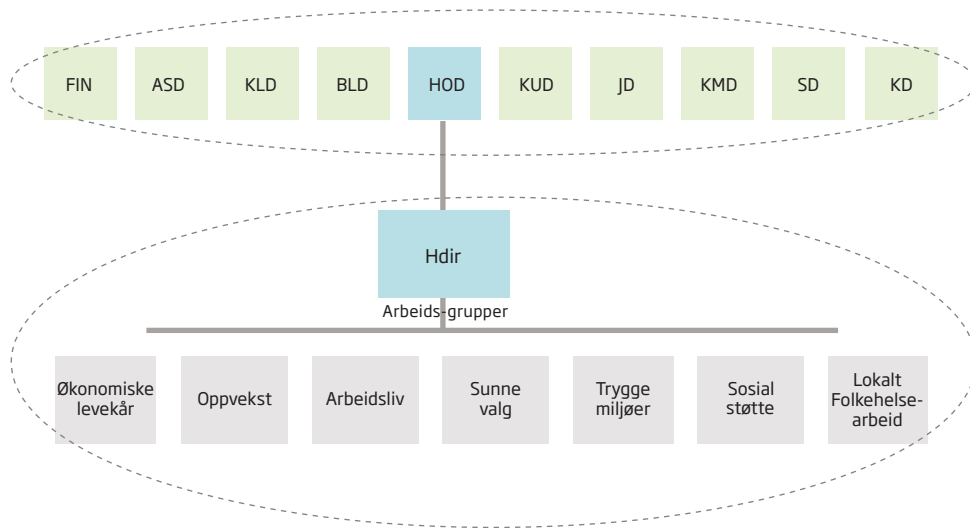
Rapporteringssystem - sosial ulikhet i helse

En viktig føring i arbeidet med å etablere indikatorer for folkehelsearbeidet, er å tydeliggjøre fordelingsdimensjonen. Dette indikatorsystemet skal bygge på Rapporteringssystem – sosial ulikhet i helse, som ble etablert som en oppfølgingsmekanisme for St.meld.nr 20 (2006 – 2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*.

Et av strategiens fire innsatsområder handler om å redusere sosiale forskjeller som bidrar til helseforskjeller. Der det er mulig har vi valgt indikatorer som viser sosioøkonomisk fordeling, og enkelte av disse er direkte overført fra det tidligere rapporteringssystemet.

Tverrsektorielt samarbeid

Siden rapporten presenterer indikatorer på en rekke ulike politikkområder utenfor helsesektoren, har samarbeid og dialog med de andre sektorene vært helt sentral. Organiseringen av dette arbeidet kan fremstilles med følgende figur:



Det er nedsatt 7 arbeidsgrupper som svarer til innsatsområdene i folkehelsepolitikken;

1. Økonomiske levekår
2. Oppvekst
3. Arbeidsliv
4. Sunne valg
5. Trygge og helsefremmende miljøer
6. Sosial støtte, deltagelse og medvirkning
7. Lokalt folkehelsearbeid

Følgende departement/direktorat og nasjonale fagmiljøer har bidratt i arbeidet med denne rapporten. Samtlige har bidratt med oppdaterte tall og figurer, samt levert skriftlige analyser innen sine respektive fagområder:

- Arbeids- og velferdsdirektoratet
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
- Folkehelseinstituttet
- Integrerings- og mangfoldsdirektoratet
- Kulturdepartementet
- Miljødirektoratet
- Statens arbeidsmiljøinstitutt
- Statens strålevern
- Statistisk sentralbyrå
- Utdanningsdirektoratet
- Statens vegvesen vegdirektoratet
- Husbanken

1. Økonomiske levekår

Inntektsforskjellene i Norge viser en økende tendens over tid, men er fortsatt mindre enn i de fleste andre OECD-land. Andelen med lavinntekt («fattige») er også forholdsvis stabil totalt sett, men sammensetningen av denne gruppen har endret seg en del de senere årene: det er nå relativt færre eldre og relativt flere yngre med lavinntekt, og barn og unge utgjør nå over halvparten av andelen i gruppen med lavinntekt. Mer enn halvparten av alle barn med lavinntekt har innvandrerbakgrunn, men risikoen for lavinntekt varierer betydelig etter landbakgrunn. Sosialhjelpsmottakere, langtidssyke og enslige forsørgere syns i langt større grad at det er «vanskelig å få endene til å møtes» enn befolkningen generelt. Formue er skjevt fordelt i Norge, som i de fleste land: den mest formuende tiendedelen av norske husholdninger disponerer om lag halvparten av den samlede formuen. Norske husholdninger har stadig høyere gjeld, og i 2013 hadde hver sjettede husholdning (16 prosent) en gjeld som var større en tre ganger samlet inntekt.

1.1 Økonomi og helse

Statistisk sett blir helsen i befolkningen gradvis bedre med økende inntekt. For eksempel synker dødeligheten (antall dødsfall per 100.000 innbyggere) med økende inntekt – både blant menn og kvinner og i de fleste aldersgrupper. Forskjellene er størst nederst i inntektsfordelingen, og avtar gradvis oppover i inntektsklassene. En liknende sammenheng finner vi for de fleste andre tilgjengelige helsemål.

Det finnes flere forklaringer på sammenhengen mellom inntekt og helse (for en mer utførlig diskusjon, se Dahl, Bergsli og Wel 2014, s. 226-229). For det første påvirker personlig økonomi helsen mer eller mindre direkte, gjennom ulike sosiale mekanismer. God økonomi gir større tilgang til sunne boliger, rekreasjonsmuligheter, sunnere kosthold og helsetjenester. I litteraturen kalles slike direkte årsaksforklaringer kausalitet.

En variant av kausalitetsforklaringen legger vekt på psykososiale mekanismer (som stress og mestring) snarere enn materielle mekanismer (som bolig og økonomi). Den mest kjente – og omdiskuterte – versjonen av psykososiale forklaringer på inntekt-helse-sammenhengen er trolig den såkalte inntektsulikhetshypotesen. I følge denne hypotesen er inntektsulikhet i seg selv skadelig for folkehelsen, fordi det medfører mindre samhold og solidaritet, mer kriminalitet osv. Et samfunn med store inntektsulikheter vil i følge denne hypotesen ha dårligere gjennomsnittshelse enn et samfunn med små inntektsforskjeller.

En annen forklaring på sammenhengen mellom inntekt og helse er at det kan finnes bakenforliggende, felles årsaker til begge. Ofte er for eksempel yrker med store arbeidsmiljøbelastninger også lavtlønnsyrker. Det er da ingen direkte årsakssammenheng mellom inntekt og helse, men yrke påvirker begge faktorer.

En tredje forklaring på sammenhengen mellom inntekt og helse er det som kalles helserelatert sosial mobilitet: dårligere helse medfører lavere inntekt. En arbeidstaker som av helsemessige grunner går over på uførepensjon, vil, slik uførepensjonsordningen er utformet, få lavere inntekt. Omfattende forskning fra nordiske land tyder på at helse i liten grad påvirker mobiliteten i arbeidsmarkedet (altså i mesteparten av befolkningen), men spiller en viktig rolle for mobilitet inn i og ut av arbeidsmarkedet (Dahl, Bergsli og Wel 2014, s. 227).

Det kurvelineære forholdet mellom inntekt og helse innebærer i teorien at omfordeling av inntekt fra rike til fattige vil øke befolkningens gjennomsnittshelse. Sett at vi fra en relativt rik person overfører en gitt sum til en relativt fattig person. Den rike personen ender med en lavere inntekt, men et

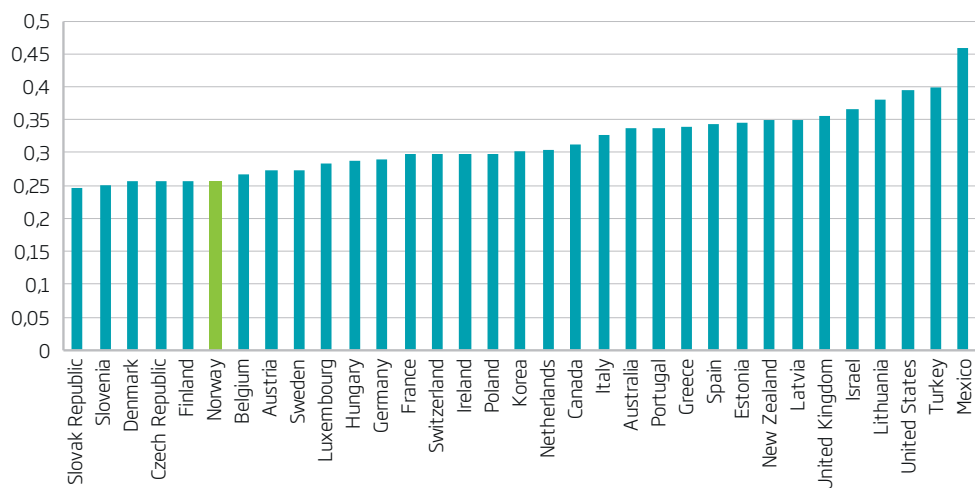
beskjedent helsetap, siden sammenhengen mellom inntekt og helse er forholdsvis svak øverst i inntektshierarkiet. Den fattige personen ender med tilsvarende høyere inntekt, men en vesentlig helsegevinst, siden sammenhengen nederst i inntektshierarkiet er sterk. Siden den fattige tjener mer helse enn den rike taper, øker gjennomsnittshelsen i befolkningen.

Hvorvidt inntektsutjevning *faktisk* medfører slike folkehelsegevinster, avhenger av i hvor stor grad forholdet mellom inntekt og helse er kausalt. I følge kunnskapsoppsummeringen fra Høgskolen i Oslo og Akershus er det grunn til å anta at sammenhengen mellom inntekt og helse er knyttet både til kausalitet, helserelatert sosial mobilitet og felles bakenforliggende faktorer. Dette taler for å iverksette tiltak som kan modifisere alle disse mekanismene (s. 229).

1.2 Inntektsfordeling

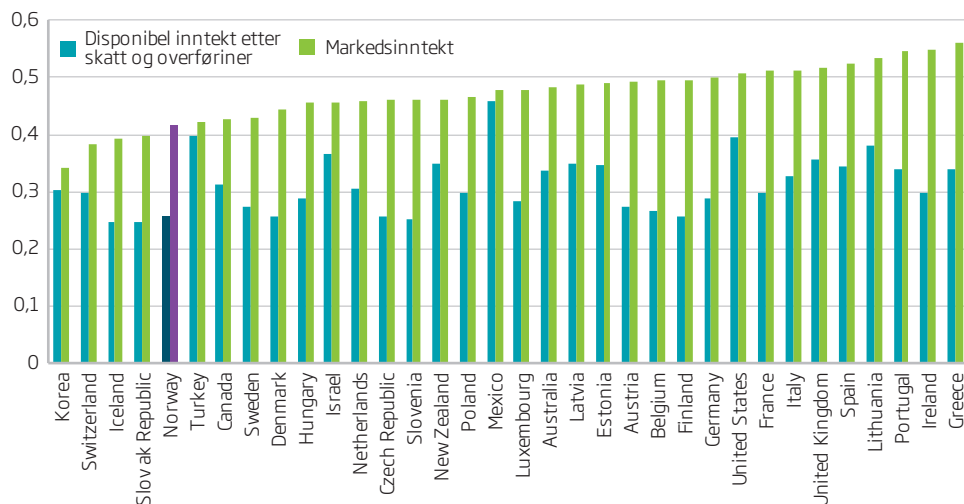
Det foregår en betydelig omfordeling av økonomiske ressurser i et velferds-samfunn – både direkte gjennom skatte- og avgiftspolitikken, og indirekte gjennom offentlig finansiering av fellesgoder som infrastruktur, helse, omsorg og utdanning. Fordelingen av markedsinntekter (inntekt før skatt og overføringer) har de senere årene blitt stadig mer ulik, også i Norge, og når Norge for tiden er et av landene i Europa der netto inntektsfordeling er minst ulik (figur 1.1), skyldes dette til dels skatte- og overføringssystemet (figur 1.2).

Særlig overføringer bidrar vesentlig til inntektsutjevning i Norge, og Norge ligger om lag på midten i OECD når det gjelder grad av utjevning som følge av skatt og overføringer. I tillegg er fordelingen av markedsinntekt blant norske husholdninger, det vil si før skatter og overføringer, blant de jevneste i OECD.



Figur 1-1. Fordelingen av disponibel ekvivalentinntekt. Gini-koeffisienter. Ulike OECD-land 2014.

Kilde: OECD Income Distribution Database



Figur 1-2. Gini-koeffisienter i ulike OECD-land 2014. Kilde: OECD Income Distribution Database

Omfordeling av økonomiske ressurser har betydning for folkehelsen av flere grunner. For det første er det, som beskrevet innledningsvis i kapittelet, en avtakende grensenytte av økonomi for helse. Det innebærer at det er mer helse å hente per krone nederst i inntektshierarkiet enn øverst. For det andre kan større inntektsforskjeller innebære mer sosial eksklusjon, sosial uro, stress, kriminalitet osv. – som igjen er lite gunstig for folkehelsen.

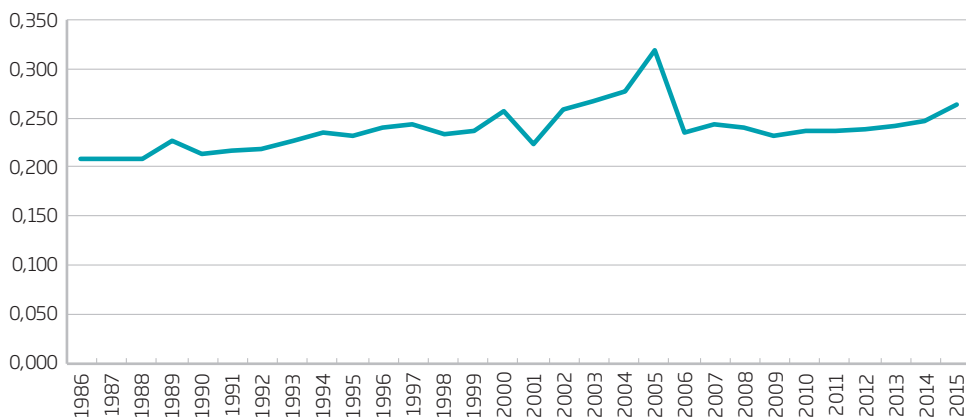
Det er flere måter å måle inntektsulikheter på. Gini-koeffisienten, som er brukt i figurene ovenfor, er et summarisk mål som ikke sier så mye om *hvor* i inntekts-hierarkiet ulikhetene befinner seg. For å følge utviklingen i inntektsfordelingen i befolkningen bruker vi derfor Gini-koeffisienten som hovedindikator, men supplerer med to indikatorer som forteller litt mer om hvor i inntektsfordelingen eventuelle forskjeller oppstår.

Indikatorer:

- Gini-koeffisienten
- S80/S20
- P90/P10

Ingen av disse er intuitivt lett forståelige, men de er godt etablert i inntektsstatistikken og er videreført fra det forrige rapporteringssystemet.

Gini-koeffisienten viser inntektsforskjeller summert for hele befolkningen på en skala fra 0 (likhet) til 1 (ulikhet). Den responderer på alle endringer i inntektsforskjeller, uansett hvor i hierarkiet de finner sted. Figur 1-3 viser utviklingen i den norske Gini-koeffisienten siden 1986.



Figur 1-3 Utviklingen i inntektsulikhet målt ved Gini-koeffisienten. Inntekt etter skatt per forbruksenhet (EU-skala), studenter ekskludert. 1986-2015. Kilde: SSB, Inntektsstatistikk for husholdninger

Totalt i perioden viser utviklingen en økende ulikhet, men at perioden også er preget av svingninger. Ulikheten økte jevnt fra 1986 og fram til om lag 2000. Deretter skjedde en stor økning i ulikheten mellom 2001 og 2005, før ulikheten

falt betydelig i 2006. Denne utviklingen skyldes i stor grad endringer i reglene for skatt på aksjeutbytte. I 2006 ble det innført skatt på mottatt utbytte, noe som førte til at mange tok ut store skattefrie utbytter i årene før. Siden nesten alt utbytte mottas av husholdningene i toppen av fordelingen, førte dette til økt ulikhet. Etter innføring av skatt på utbytte falt ulikheten fram til 2009. Etter dette har ulikheten på nytt økt hvert år fram til 2015.

Om inntektsbegrepet

I henhold til offisiell inntektsstatistikk benytter vi inntekt etter skatt som inntektsmål. Dette begrepet omfatter de fleste kontante inntekter husholdningene mottar (summen av alle yrkesinntekter, kapitalinntekter og diverse stønader, fratrukket skatt).

Det er husholdningen som blir ansett som den beste enhet til å belyse økonomiske levekår, det vil si alle personer som en antar inngår i et økonomisk felleskap. For å kunne sammenlikne husholdninger av ulik størrelse og sammensetning, må husholdningsinntektene «korrigeres» ved hjelp av såkalte forbruksvekter. Det finnes flere slike vekter, og det er ikke enighet om hvilke vekter som best egner seg til å foreta slike korreksjoner av husholdningsinntektene. Her benytter vi samme forbruksvekter (ekvivalensskala) som det EU nå opererer med, og som i dag er de som brukes mest i Europa.

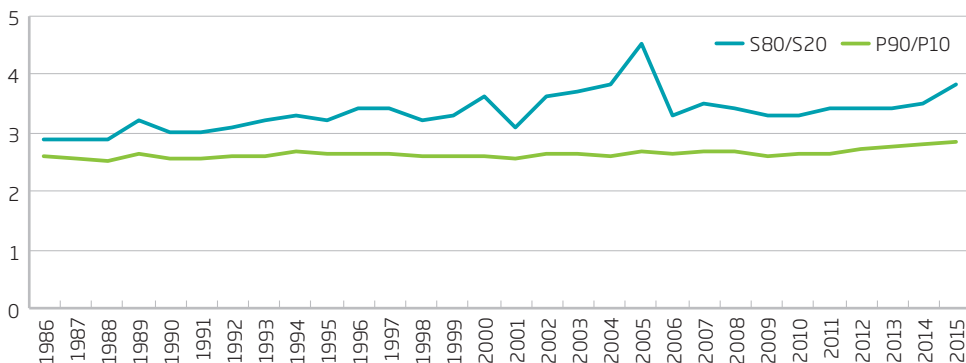
I et levekårsperspektiv er det individet som er den beste telleenhet, ikke husholdningen. Den korrigerte husholdningsinntekten blir derfor tillagt hver enkelt person i samme husholdning, det vil si at alle personer i samme husholdning vil ha samme inntekt etter skatt per forbruksenhet.

Studentpopulasjonen er her utelatt fra indikatorene som angår inntektsfordeling og lavinntektsandeler. For indikatorene på inntektsulikhet (Gini-koeffisienten, S80/S20 og P90/P10) spiller ikke dette noen vesentlig rolle for resultatet, mens bildet endres noe for indikatorene for lavinntektsandeler når studentene utelates. Det er imidlertid gode grunner til ikke å inkludere studenter i lavinntektsgruppen, blant andre den at studielån her ikke regnes som inntekt.

$S80/S20$ viser forholdet mellom samlet inntekt for de 20 prosent rikeste og de 20 prosent fattigste i befolkningen. Hvis $S80/S20$ for eksempel er 2, betyr det at den rikeste femtedelen av befolkningen samlet sett tjener dobbelt så mye som den fattigste femtedelen. Dersom alle tjente like mye, ville $S80/S20$ være 1.

En fordel med denne indikatoren er at den er mindre teknisk og mer intuitivt forståelig enn Gini-koeffisienten. Men i likhet med denne, påvirkes den sterkt av ekstremobservasjoner i topp og bunn av hierarkiet. Derimot påvirkes den overhodet ikke av endringer i de tre midterste femtedelene av inntekts-hierarkiet (i motsetning til Gini-koeffisienten, som gjenspeiler hele fordelingen). Som det går fram av Figur 1-4 viser $P80/P20$ en nokså lik utvikling som Gini-koeffisienten slik utviklingen i inntektsfordeling har vært i Norge de senere årene.

$P90/P10$ er forholdstallet mellom inntekten til den personen i fordelingen som har høyere inntekt enn 90 prosent av alle ($P90$) og inntekten til den personen som har lavere inntekt enn 90 prosent av alle andre ($P10$). Hvis man tenker seg at alle personinntekter i landet sorteres etter størrelse, er $P90$ den inntekten som ligger nøyaktig på 90-prosentslinjen, mens $P10$ er den inntekten som ligger nøyaktig på 10-prosentslinjen. $P90/P10$ ekskluderer alle andre inntekter enn disse to, og er derfor blind for ekstreme observasjoner (i motsetning til både Gini og $S80/S20$). Selv om dette ulikhetsmålet gjennomgående viser en mer stabil utvikling enn de ulikhetsmålene som baserer seg på gjennomsnittsinntektene i ulike deler av fordelingen, så viser også dette målet at ulikheten har økt – særlig de siste årene. Mens forholdstallet mellom $P90/P10$ var på 2,5 på slutten av 1980-talet, økte det til 2,7 på midten av 1990-tallet. Etter 2010 har ulikheten på nytt økt og lå i 2015 på 2,8.



Figur 1-4. Utviklingen i inntektsulikhet målt ved $S80/S20$ og $P90/P10$. Inntekt etter skatt per forbruks-enhet (EU-skala), studenter ekskludert. 1986-2014. Kilde: SSB

Hva viser inntektsindikatorene?

Det kan diskuteres om det er nødvendig å ha så mange indikatorer for utviklingen i inntektsfordelingen. Men som vi har sett, viser de tre ulikhetsindikatorene litt forskjellige aspekter ved inntektsfordelingen. Også i et folkehelseperspektiv har disse ulike aspektene litt forskjellig relevans. På grunn av det såkalte forebyggingsparadokset, kan selv små endringer i midten av fordelingen ha stor effekt på folkehelsen, fordi det er her det store flertallet av befolkningen befinner seg. Endringer nederst i fordelingen kan ha dramatisk effekt for de (relativt) få det gjelder, fordi helseeffektene av inntekt er såpass store her. Endringer i toppen av hierarkiet kan ha betydning for psykososiale helseeffekter, fordi de rike (kanskje) setter standarder som resten av befolkningen sammenlikner seg med.

Følgende Tabell gir en forenklet oppsummering av hvordan de ulike indikatorene påvirkes:

	Påvirkes indikatoren av endringer i inntektsfordelingen...		
	...nederst i hierarkiet?	...i midten av hierarkiet?	...øverst i hierarkiet?
Gini-koeffisienten	ja	ja	ja
S80/S20	ja	nei	ja
P90/P10	nei	ja	nei
Lavinntektsindikatorer	ja	ja	nei

Dette er riktignok sannheter med en del modifikasjon – for eksempel påvirkes alle lavinntektsindikatorer som er aktuelle her i noen grad av inntektsfordelingen for øvrig, siden de er relative lavinntektsmål.

1.3 Lavinntekt (fattigdom)

Nederst i inntektsfordelingen er det åpenbare negative helseeffekter av inntekt som en følge av materiell deprivasjon. Et sunt liv med tilstrekkelige mengder mat, varme klær og sunne boforhold krever et minimum av materielle ressurser. Noe eksakt tall for hvor denne grensen for absolutt fattigdom går, har vi ikke. I stedet bruker de fleste land et *relativt* mål for lavinntekt.

EU setter for eksempel grensen for lavinntekt (risiko for fattigdom) ved 60 prosent av medianinntekten (medianinntekten er den midterste inntekten, der halvparten av befolkningen tjener mer og halvparten mindre). Selv om helse blir påvirket av inntekt over hele inntektsfordelingen, er det viktig å følge med på hva som skjer nederst i fordelingen.

I tillegg til noen generelle indikatorer på inntektsulikhet, foreslår vi derfor også noen særskilte indikatorer for fattigdom.

For å følge utviklingen i størrelsen på lavinntektsgruppen, benytter vi en indikator basert på objektive observasjoner (registerdata), en spørreskjema-basert EU-indikator på opplevd fattigdom, samt to indikatorer for barnefattigdom (henholdsvis totalt og etter landbakgrunn):

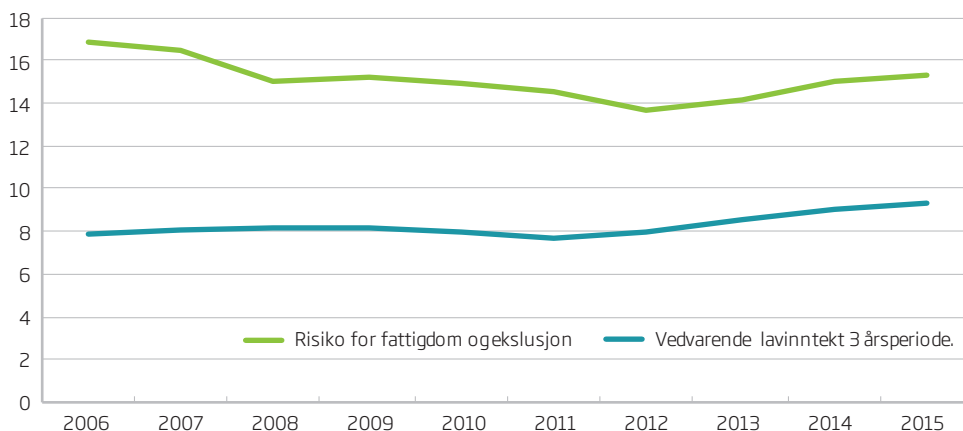
Indikatorer:

- Andel med vedvarende lavinntekt, 3-årsperiode
- Risiko for fattigdom eller sosial eksklusjon
- Andel personer med vedvarende lavinntekt, 3-årsperioder, etter alder
- Andel personer 0-17 år med vedvarende lavinntekt etter landbakgrunn

Andelen med vedvarende lavinntekt beregnes over en treårs-periode for å luke ut personer som «tilfeldigvis» har lav inntekt et gitt år. Tidligere har vi benyttet flere ulike mål for vedvarende lavinntekt. Det forrige rapporteringssystemet viste for eksempel størrelsen på lavinntektspopulasjonen både basert på OECDs ekvivalensskala, og den nye EU-skalaen. EUs ekvivalensskala legger større vekt på at husholdningene har betydelige stordriftsfordeler enn det den gamle OECD-skalaen gjør. Dette er mer i tråd med resultater fra diverse forbruksundersøkelser gjennomført av EUs statistikk-kontor, Eurostat (Hagenaars et.al. 1994). Vi foreslår heretter å kun benytte EUs ekvivalensskala. EU definerer lavinntektsgrensen ved 60 prosent av medianinntekten (mens OECD gjerne

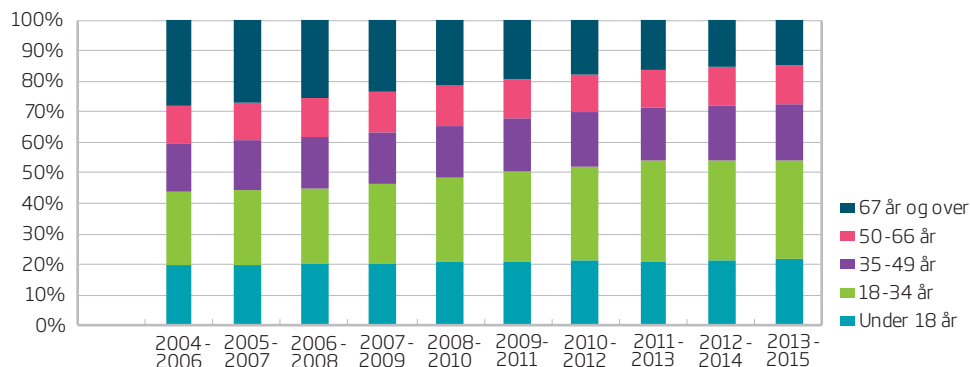
setter den ved 50 prosent). Samlet sett blir altså fattigdomsandelen høyere ved bruk av EUs mål, enn OECDs.

Risiko for fattigdom eller sosial eksklusjon er utviklet av Eurostat («At risk of poverty or social exclusion» eller «AROPE») og basert på tre delindikatorer: a) lavinntekt, og/eller b) materielle mangler (målt ved andelen som ikke har råd til fire av ni nærmere spesifiserte goder), og/eller c) lav arbeidsintensitet (andelen personer bosatt i en husholdning der de voksne jobber mindre enn 20 prosent av deres arbeidskapasitet). Siden det er tilstrekkelig å oppfylle ett av delkriteriene, inkluderer denne indikatoren nødvendigvis flere enn den rene lavinntektsindikatoren:



Figur 1-5 Andel personer med vedvarende lavinntekt (3 års-periode) og andel personer i risiko for fattigdom eller sosial eksklusjon. Kilder: Statistisk sentralbyrå og Eurostat

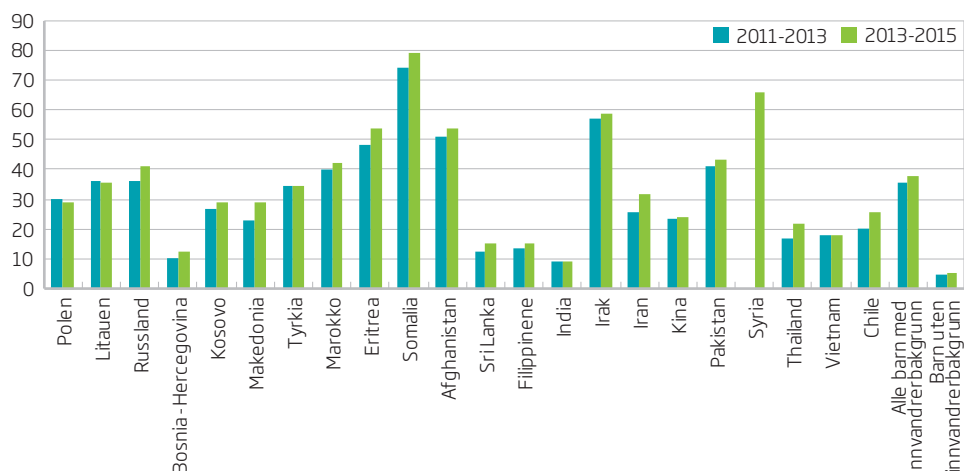
Andeler med vedvarende lavinntekt, 3 års-årsperioder, etter alder har endret seg en god del det siste tiåret. Spesielt gjelder dette de yngste og eldste aldersgruppene. Mens andelen med lavinntekt i aldersgruppen over 67 år har gått vesentlig ned (fra rundt 17 prosent midt på 2000-tallet, til vel 9 prosent de seneste årene), har de yngste aldersgruppene – barn og unge voksne – økt sine andeler. Det har dermed skjedd en aldersforskyvning i lavinntektsgruppen over tid, fra eldre til yngre. For eksempel økte barn og unge sin andel i lavinntektsgruppen fra 44 prosent midt på 2000-tallet til 54 prosent i 2015.



Figur 1-6 Alderssammensetningen til gruppen av personer med vedvarende lavinntekt 2016-2015. Prosent (aleneboende studenter utelatt). Kilde: SSB

Mesteparten av økningen i vedvarende lavinntekt blant barn har funnet sted i innvanderpopulasjonen (barn som selv er innvandrere eller har foreldre som er det). Mer enn halvparten av alle barn med lavinntekt har innvanderbakgrunn. Men det er stor variasjon etter landbakgrunn (se Figur 1-7).

Lavinntektsdefinisjonen som gjennomgående er brukt ovenfor, er relativ: lavinntekt er definert i forhold til medianinntekten i befolkningen, og den flytter seg som følge av endringer i velstandsnivået. Dersom vi i stedet hadde brukt et absolutt lavinntektsmål (et fast indeksregulert beløp), ville lavinntektspopulasjonen, også blant barn, ha blitt mindre. Men også denne definisjonen viser en økning i lavinntekt de siste årene.



Figur 1-7 Vedvarende lavinntekt. Treårsperioder (2011-2013) og (2013-2015). Barn som er innvandrere eller er norskfødte med innvandrerforeldre, etter landbakgrunn (prosent). Kilde: SSB

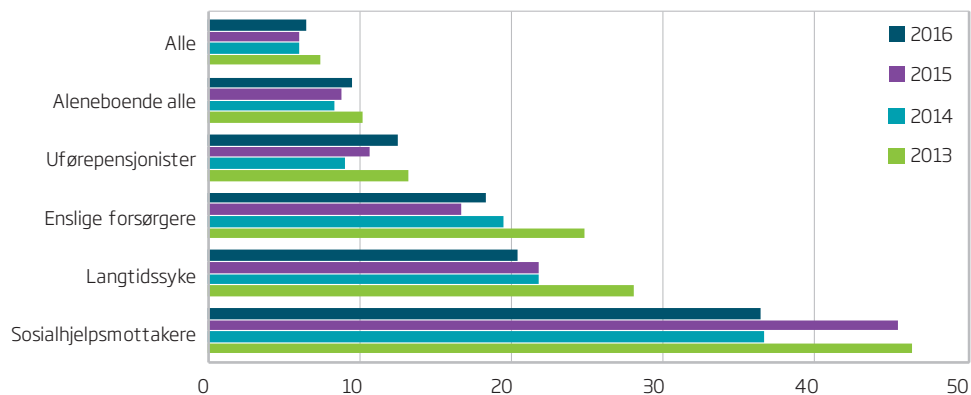
1.4 Økonomisk trygghet

Så langt har vi i hovedsak sett på «objektive» indikatorer på inntektsfordeling og lavinntekt – det vil si tall hentet fra inntektsregistre. Vel så viktig kan det være å følge utviklingen i opplevd fattigdom; følelsen av å ha dårlig råd. Dette krever en helt annen type data hentet fra spørreskjemaundersøkelser.

Indikator:

- Andel som syns det er vanskelig eller svært vanskelig å få endene til å møtes

Indikatoren er hentet fra SSB-publikasjonen *Økonomi og levekår for ulike lavinntektsgrupper*, som igjen bygger på data fra levekårsundersøkelsene (Levekårsundersøkelsen EU-SILC). Noe av grunnen til at andelen som oppgir at det er vanskelig eller svært vanskelig å få endene til å møtes varierer såpass mye fra år til år, er at gruppene vi ser på her er små. Figuren kan derfor gi inntrykk av at endringene fra år til år er større enn de faktisk er. Figuren sier likevel noe om ulikheter mellom grupper.



Figur 1-8 Andel som syns det er vanskelig eller svært vanskelig å få endene til å møtes, 16 år og over. Prosent. Kilde: SSB Levekårsundersøkelsen og EU-SILC

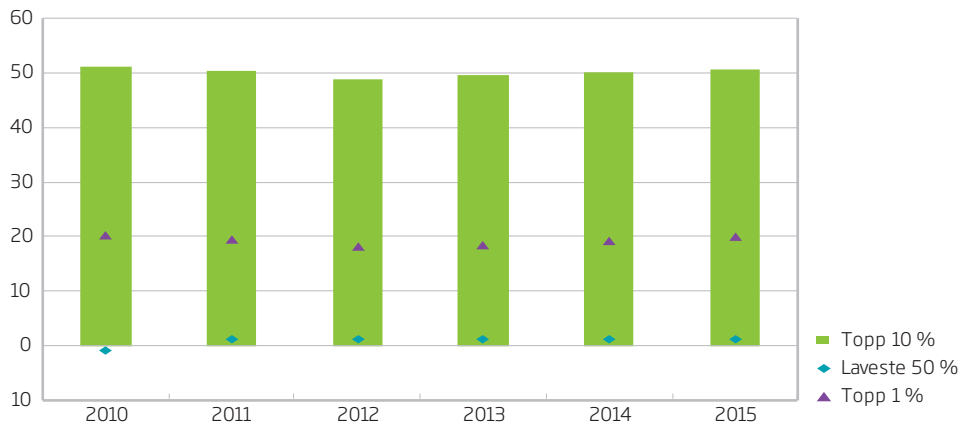
1.5 Formue og gjeld

Formue er en økonomisk ressurs husholdninger kan tære på dersom inntekten er utilstrekkelig; og en lavinntektshusholdning med formue har det derfor ikke nødvendigvis trangere enn en høyinntektshusholdning med mye gjeld. Også husholdninger som har formuen sin bundet opp i f.eks. bolig, vil relativt enkelt kunne ta opp lån til forbruk og derfor være materielt bedre stilt enn en lavinntektshusholdning uten tilsvarende formue. Det er derfor bred internasjonal enighet om at formue (og gjeld) bør sees i sammenheng med inntekter (og utgifter) når en skal vurdere husholdningene økonomi (Epland og Kirkeberg 2012; Stiglitz et.al. 2009). Det forrige rapporteringssystemet hadde ingen indikatorer for å følge utviklingen på dette området, og begge indikatorene vi benytter her er derfor nye.

Indikatorer:

- Andel av total nettoformue som tilfaller
 - de 50 prosentene av husholdningene som har lavest nettoformue
 - de 10 prosentene av husholdningene som har høyest nettoformue og
 - den 1 prosenten som har høyest nettoformue
- Andel husholdninger der gjelda utgjør minst tre ganger samlet husholdningsinntekt

Den første indikatoren forteller om fordelingen av formue i befolkningen. Dersom formue var jevnt fordelt, ville 50 prosent av den totale nettoformuen tilfalle halvparten av befolkningen, så avviket fra 50 prosent sier noe om ulikheten i totalformuens fordeling. I realiteten vil den første delindikatoren for formue ligge mellom 0 og 50 prosent. Tilsvarende vil andre delindikator ligge et sted over 10 prosent og tredje delindikator et sted over 1 prosent, avhengig av hvor sterkt totalformuen er konsentrert hos henholdsvis de 10 og 1 prosent rikeste.



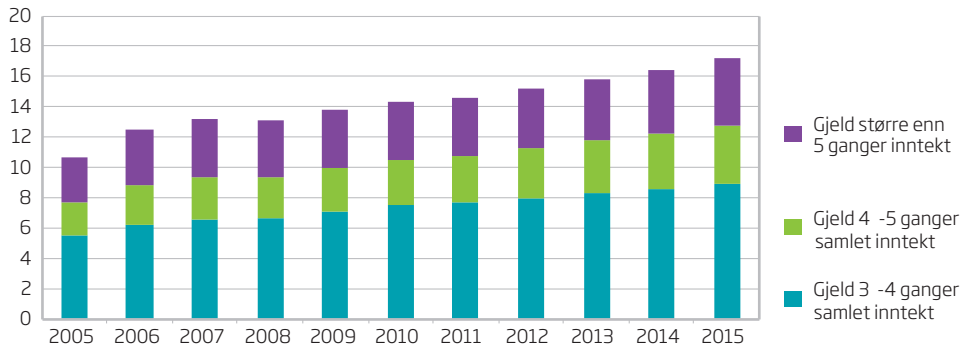
Figur 1-9 Formuesfordeling. Andel av sum nettoformue for husholdningene som disponeres av ulike formuesklasser 2010 - 2015. Personer i studenthusholdninger utelatt. 2010 - 2015. Kilde: SSB

Figur 1-9 viser at husholdningenes samlede formue er svært skjevt fordelt i Norge, som i de fleste land. Den mest formuende tiendelen av husholdningene disponerer litt over halvparten av nettoformuen. Den minst formuende halvparten av husholdningene disponerer så å si ingenting. Situasjonen har endret seg lite de siste årene.

Formuesbegrepet

Formuesbegrepet vi benytter her, er beregnet nettoformue, som igjen er beregnet bruttoformue minus gjeld. Beregnet bruttoformue omfatter beregnet realkapital (fast eiendom) og skattepliktig brutto finanskapital. For den typiske husholdning vil altså nettoformuen bestå av boligens markedsverdi pluss bankinnskudd og aksjeposter, minus gjeld.

Den andre delindikatoren er et grovt mål på husholdninger med mye gjeld, uten noen fordelingsdimensjon. En vanlig utlånspraksis i bankene har vært at husholdningenes gjeld ikke bør overstige 2-3 ganger inntekten. Større gjeld medfører større sårbarhet for økonomiske svingninger som f.eks. renteoppgang. Andelen dette gjelder har vært økende de senere årene, og ligger nå på over 17 prosent.



Figur 1-10 Andelen husholdninger med gjeld minst 3 ganger større enn samlet inntekt. Personer i studenthusholdninger utelatt. 2005-2015. Kilde: SSB

2. Sosial støtte, deltagelse og medvirkning

Psykososiale påvirkningsfaktorer som sosial støtte, deltagelse og medvirkning har betydning for folkehelsen. Tall fra SSB viser at det er færre som svarer at de ikke har minst en fortrolig venn i 2015, sammenlignet med 2008. Personer med grunnskoleutdanning rapporterer oftere at de har 2 eller færre de kan regne med hvis de får personlige problemer, enn de med universitets- og høyskoleutdanning. Blant barn og unge finner vi ikke de samme sosiale forskjellene. Her oppgis mellom 85-90 prosent at de har minst en fortrolig venn. Helseproblemer eller nedsatt funksjonsevne oppgis oftest som en barriere for deltakelse i ulike aktiviteter sammen med andre. Vi scorer høyt på mellommenneskelig tillit og tillit til ulike styringssystemer i samfunnet.

2.1 Sosial støtte og helse

Med sosial støtte mener vi i hvilken grad man opplever å ha nære relasjoner, noen som bryr seg og noen å spørre om hjelp (Helsedirektoratet, 2014).

Det finnes flere studier som har sett på sammenhengene mellom sosial støtte og helse (Barstad 2014, Folkehelseinstituttet 2014b, og Helsedirektoratet 2014 og 2015b). I disse studiene finner man både en direkte helseeffekt av sosial støtte, det vil si at sosial støtte i seg selv virker helsefremmende, og mer indirekte effekter (buffereffekt), som betyr at sosial støtte virker beskyttende på helsen når mennesker er utsatt for stressende livshendelser. Disse effektene skyldes at sosial støtte i form av følelsesmessig støtte, bekreftende støtte, informerende støtte og instrumentell/praktisk støtte er viktig for menneskers livskvalitet samt at slik støtte øker mestring av de utfordringene livet gir.

Manglende sosial støtte øker faren for både fysiske og psykiske lidelser. Effekten kan sees på både sykkelighet og dødelighet og er til stede selv når en kontrollerer for andre risikofaktorer som røyking, mangel på mosjon, høyt kolesterol og høyt blodtrykk.

Mennesker som opplever lite sosial støtte har økt risiko for ulike stressfaktorer, som økonomiske problemer, problemer på arbeidsmarkedet, eller boligproblemer (Folkehelseinstituttet 2014b). Sosial støtte fungerer også som en viktig buffer mot arbeidsrelatert stress som blant annet kan skyldes manglende samsvar mellom innsats og belønning, og mellom krav og opplevd kontroll (Berge og Falkum, 2013).

Både personlige og sosiale forhold påvirker graden av sosial støtte. Deltagelse på ulike arenaer, i skole/utdanning, arbeidslivet eller lokalmiljøet er en viktig forutsetning for å opprette og vedlikeholde et sosialt nettverk. Demokratiske samfunn som legger til rette for deltagelse og medvirkning, er kjennetegnet av høy grad av tillit og sosial kapital (Rothstein, 2014). Et levende demokrati med bred deltagelse er et grunnleggende samfunns mål. Godt fungerende samfunn vokser fram i samarbeid mellom myndigheter, innbyggere og sivilsamfunnet.

Muligheten til å mobilisere ressurser henger sammen med livsbetingelsene mennesker lever under. Det betyr at deltagelse og medvirkning kan stimuleres gjennom å styrke sosiale ressurser og bedre materielle levekår. Medvirkning fra og samarbeid med mange aktører er sentralt i folkehelsearbeidet. Medvirkning er et av de grunnleggende prinsippene den nye folkehelseloven baseres på

(www.kommunetorget.no). Videre er medvirkning i planarbeid etter plan- og bygningsloven regulert ved plan- og bygningslovens § 5-1.

I forkant av forrige folkehelsepolitiske rapport (2015) ba Helsedirektoratet SSB utarbeide et forslag til relevante indikatorer med utgangspunkt i Levekårsundersøkelsen/EU-SILC, som kunne dekke dette innsatsområde. Indikatorene er samlet og drøftet i rapporten «Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet. En analyse av ulikhet i sosiale relasjoner med utgangspunkt i levekårsundersøkelsen» (Barstad og Sandvik, 2015). Rapporten legger til grunn følgende seks dimensjoner ved sosiale relasjoner; sosial deltaking, sosial støtte og nettverksressurser, tilhørighet og ensomhet, demokratisk medvirkning, tillit og toleranse, samt barrierer for deltaking. Disse dimensjonene danner utgangspunkt for valget av indikatorer i dette kapittelet.

2.2 Sosial støtte og andre nettverksressurser

I denne kategorien er det kvaliteten på de sosiale relasjonene som står i fokus, nærmere bestemt de ressursene som nettverket gir tilgang til. Gode nære relasjoner er sentrale for opplevd sosial støtte, slik som i parforhold, familie og vennskap. Sosial støtte virker som en buffer mot faktorer som kan gi helseplager – slik som stress, tapsopplevelser og bekymringer.

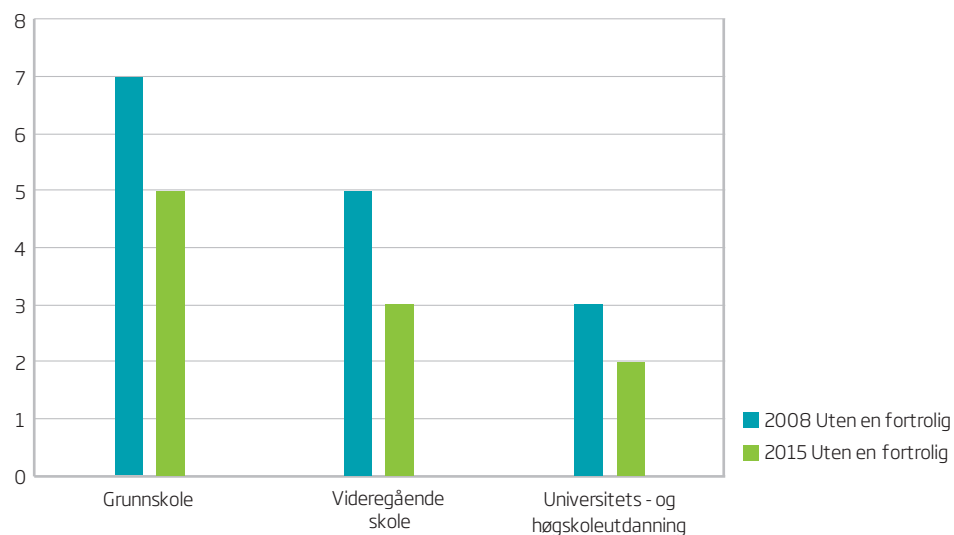
Indikatorer:

- Andel uten en fortrolig venn, etter utdanning
- Andel med 2 eller færre personer de kan regne med hvis personlige problemer, etter utdanning
- Lite vennekontakt på bosted/andre steder, etter utdanning og alder
- Bor alene, etter utdanning og alder
- Lever i parforhold, etter utdanning og alder
- Andel som synes det er vanskelig å få hjelp av naboer, etter utdanning og alder

2.2.1 Sosial støtte og nettverk blant voksne

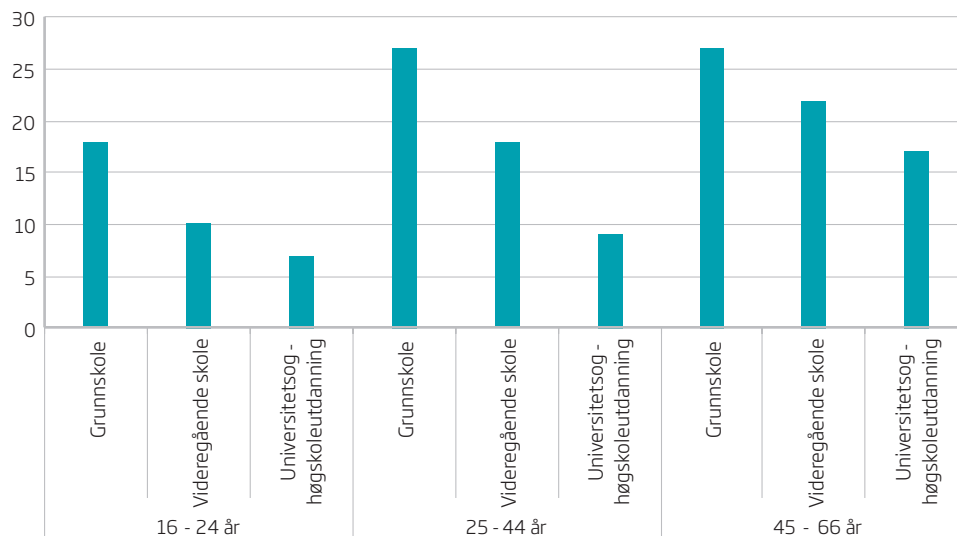
Sosial støtte kan deles inn i emosjonell eller instrumentell støtte. Indikatorer som måler emosjonell støtte bør si oss noe om omfang og kvalitet på nære relasjoner. Opplevelse av ensomhet kan også indikere grad av sosial støtte.

I Levekårsundersøkelsen- EU-SILC 2016 blir det spurt om man har noen som står en nær, og som man kan snakke fortrolig med. Figuren under viser andel som svarer at de ikke har dette, etter utdanningsbakgrunn.

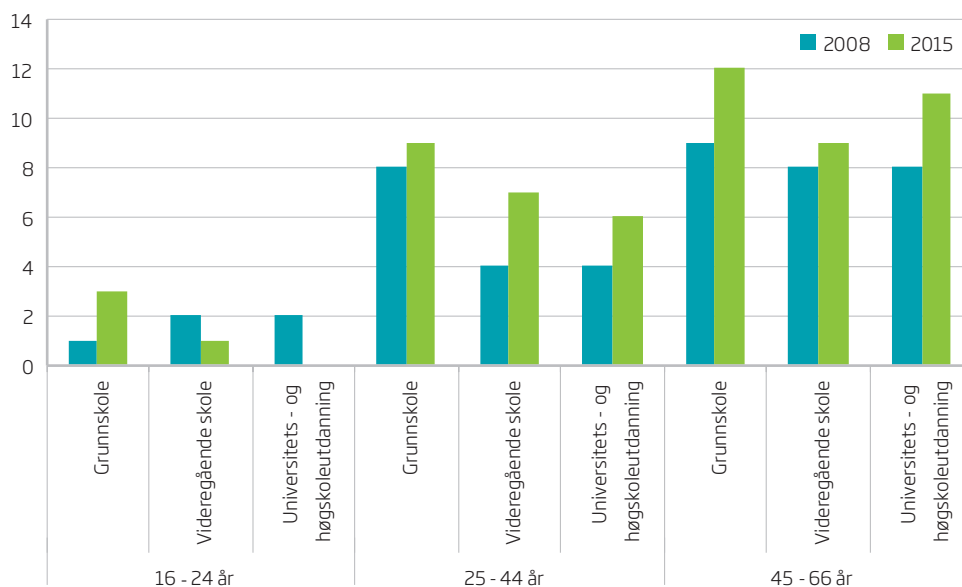


Figur 2-1 Andel uten en fortrolig etter utdanningsnivå. Kilde: SSB, Statistikkbanken

Som vi ser av figur 2-1, er det relativt få som oppgir at de ikke har en fortrolig venn, og andelen har falt i perioden 2008 til 2015. Figuren viser at det er sosiale forskjeller i hvem som mangler en fortrolig – og levekårsundersøkelsen blant innvandrere viser at innvandrere oppgir dette oftere enn befolkningen sett under ett (Vrålstad og Wiggen, 2017).

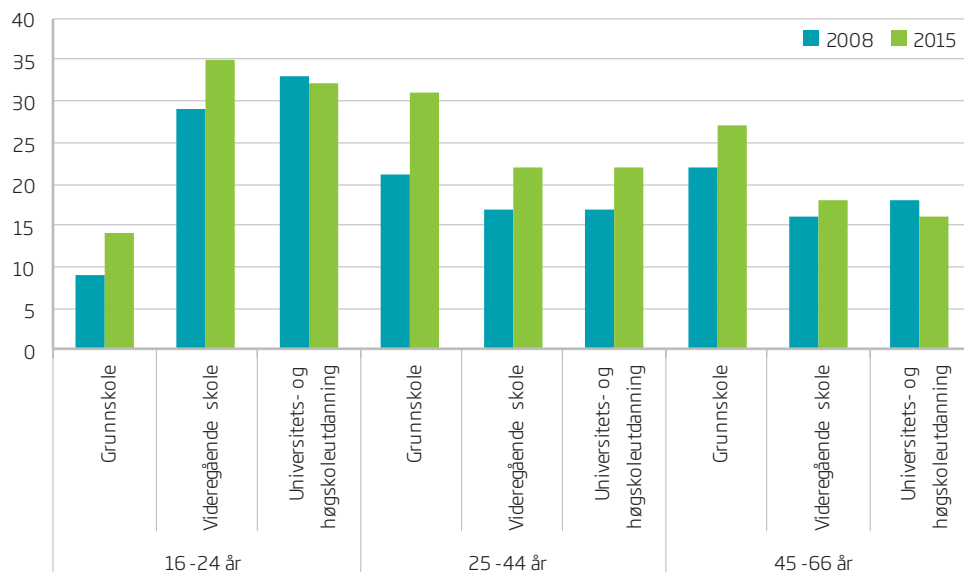


Figur 2-2 Andel med 2 eller færre personer de kan regne med hvis personlige problemer, etter alder og utdanningsnivå 2015. Kilde: SSB, Statistikkbanken



Figur 2-3 Lite vennekontakt etter alder og utdanning 2008, 2015. Kilde: SSB, Statistikkbanken

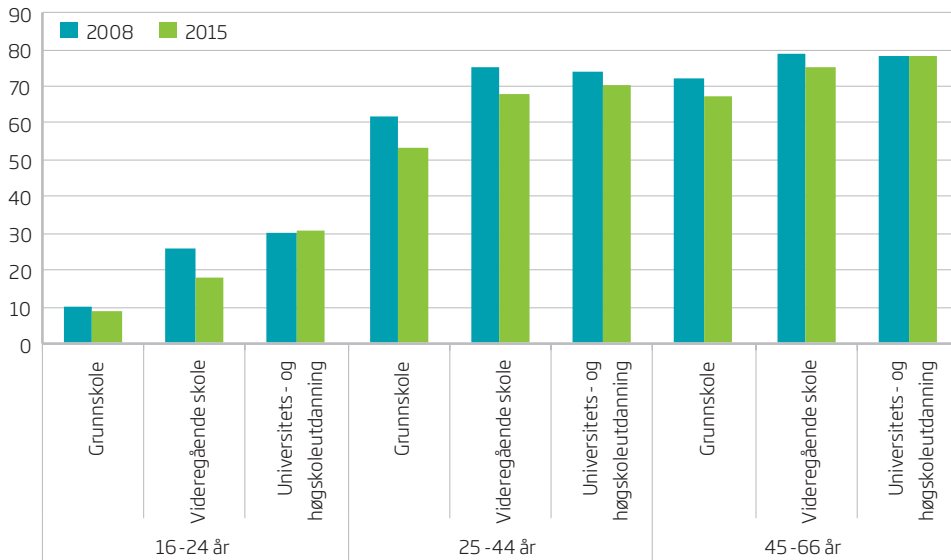
Figuren over viser andelen som oppgir lite vennekontakt, og dette ser ut til å være mest fremtredende blant godt voksne. Andelen har økt siden 2008, men ser allikevel ikke ut til å være veldig utbredt i befolkningen.



Figur 2-4 Andel som bor alene etter alder og utdanningsnivå. 2008, 2015. Kilde: SSB, Statistikkbanken

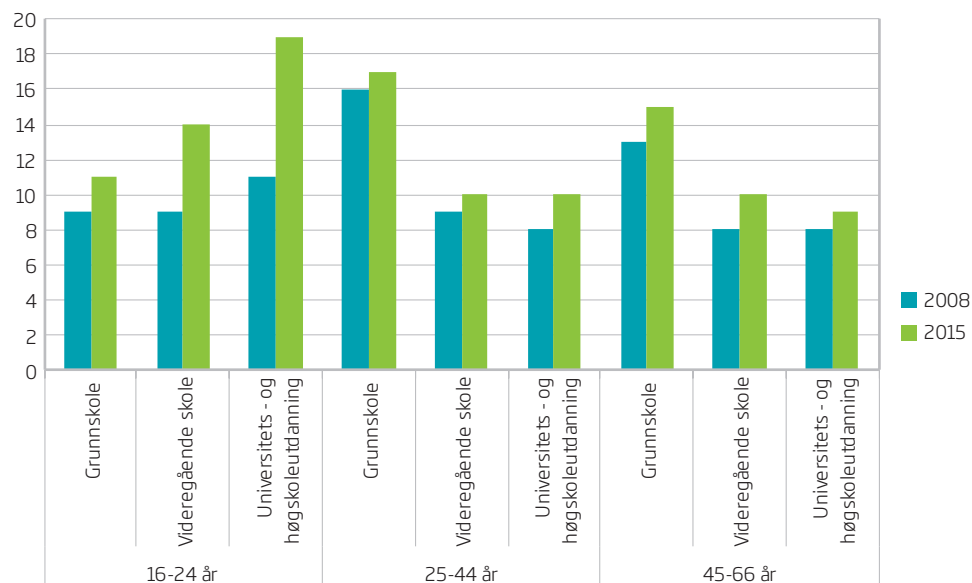
Det har vært en svak økning i andelen som bor alene i perioden 2008 - 2015, og de sosiale forskjellene har blitt noe større med unntak av den yngste aldersgruppen 16-24 år. Denne aldersgruppen har høyest andel aleneboere, noe som antagelig skyldes at de fleste er under utdanning og ikke ennå har etablert seg med partner.

Over halvparten av voksne over 25 år lever i et parforhold, selv om det ser ut til å ha vært en svak nedgang siden 2008. I aldersgruppen 45 - 66 år lever mellom 67 til 78 prosent i et parforhold. Blant 25 til 44-åringene er det mellom 53 og 70 prosent som lever i parforhold og her er også forskjellene, målt som høyeste utdanningsnivå, større.



Figur 2-5 Lever i parforhold etter utdanning og alder 2008, 2015. Kilde: SSB, Statistikkbanken

Over har vi sett på fordelingen av emosjonell støtte, en ressurs man får gjennom nære venner, partner og familie. Figur 2-6 viser et eksempel på fordelingen av såkalt instrumentell støtte – altså hvilke nettverksressurser du har tilgang til som kan være av mer praktisk nytte og hjelp. Her er det spurt om i hvilken grad man synes det er vanskelig å få hjelp av naboer. For perioden 2008 – 2015 ser det ut til at noen fler synes det er vanskelig å få hjelp av naboer, særlig blant de yngre. Igjen kan det være studenttilværelse som er forklaringen, yngre voksne flytter kanskje oftere og har ennå ikke etablert seg i mer stabile nabolag. At vi for denne gruppen finner en omvendt gradient, dvs at de som har høyest utdanning svarer hyppigst at de synes det er vanskelig å få hjelp av naboer, sannsynliggjør studieliv og hyppige boligskift som en forklarende faktor. I de øvrige aldersgruppene er det de med grunnskole som høyeste utdanning som oftest svarer at de synes det er vanskelig å få hjelp av naboer. Her kan nabolag og boligtype være en del av forklaringen. I SSB sin boforholdsundersøkelse, som gjennomføres hvert tredje år, ser man blant annet på eie/leie-forhold i boligmarkedet (SSB, 2017b). Selv om de langt fleste, 82 prosent, eier sin egen bolig er det ikke tilfeldig hvem som leier bolig. Holder vi studenter utenfor finner vi en høyere andel aleneforsørgere og aleneboere, lavinntektshusholdninger og personer utenfor arbeidslivet som leier bolig. Å leie bolig kan medføre mer ustabile bomiljøer, med hyppige flyttinger og skifte av naboer, noe som også gjør det vanskelig å få hjelp av naboer, og dermed tilgang til instrumentell støtte.

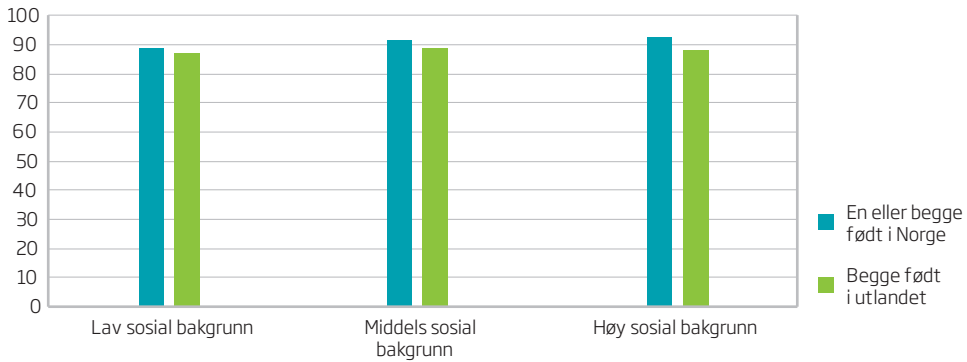


Figur 2-6 Andel som synes det er vanskelig å få hjelp av naboer, 2008, 2015. Kilde: SSB

2.2.2 Sosial støtte blant barn og unge

For barn og unge anser vi den emosjonelle sosiale støtten som mest sentral; nære vennskap, og fravær av mobbing (se kapittel Oppvekst) er viktige betingelser for god helse og trivsel i barne- og ungdomsårene. God sosial støtte i skolen både på individ- og klassenivå kan motvirke negative konsekvenser av skolestress og bidra til mestring (Helsedirektoratet, 2015b).

Resultatene fra Ungdata-undersøkelsen 2017, viser at 9 av 10 ungdommer har minst en venn de kan være fortrolig med, og dette varierer lite med kjønn og alder. Oslo-undersøkelsen fra 2015 har også sett på sosiale forskjeller i det å ha en fortrolig venn, og finner at disse forskjellene er små, som figuren under viser.



Figur 2-7 Andel unge i Oslo som har en fortrolig venn etter foreldres fødeland og sosiale bakgrunn.

Kilde: NOVA

2.3 Sosial deltagelse og barrierer

I denne delen presenterer vi indikatorer som måler grad av sosial deltagelse. Vi ser også på ulike faktorer som hindrer sosial deltagelse. Deltagelse i frivillige organisasjoner gir tilgang til viktige ressurser – i form av blant annet nettverksbygging, læring og personlig utvikling. Det er derfor relevant å følge med på hvordan ulike deler av befolkningen tar del i dette. I den voksne befolkningen er det klare sosiale skiller i organisasjonsdeltagelse; det er en underrepresentasjon av personer med minoritetsbakgrunn i alle organisasjonstyper bortsett fra religiøse foreninger og innvandrerforeninger. Sosial ulikhet finner vi også i organisasjonsdeltagelse; jo høyere inntekt og utdanning, jo flere medlemskap per person (Enjolras og Wollbæk, 2010).

2.3.1 Sosial deltagelse blant voksne og eldre

Å være i arbeid eller under utdanning er for de fleste en sentral arena for sosial deltagelse; indikatorer på dette er dekket i kapittel 5 og 6. I dette kapittelet ønsker vi å følge med på hvor mange og hvem som deltar i fritidsaktiviteter. Et relevant mål på sosial deltagelse kan være graden av organisasjonsmedlemskap, frivillig arbeid, samt kulturelle aktiviteter. Norske myndigheter ønsker å gjøre en innsats for å forebygge ensomhet og sosial eksklusjon slik at flere opplever trivsel, inkludering, mestring og mening. Gjennom «*Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet (2015-2020)*» har paraplyorganisasjonen Frivillighet Norge iverksatt en kampanje som har som

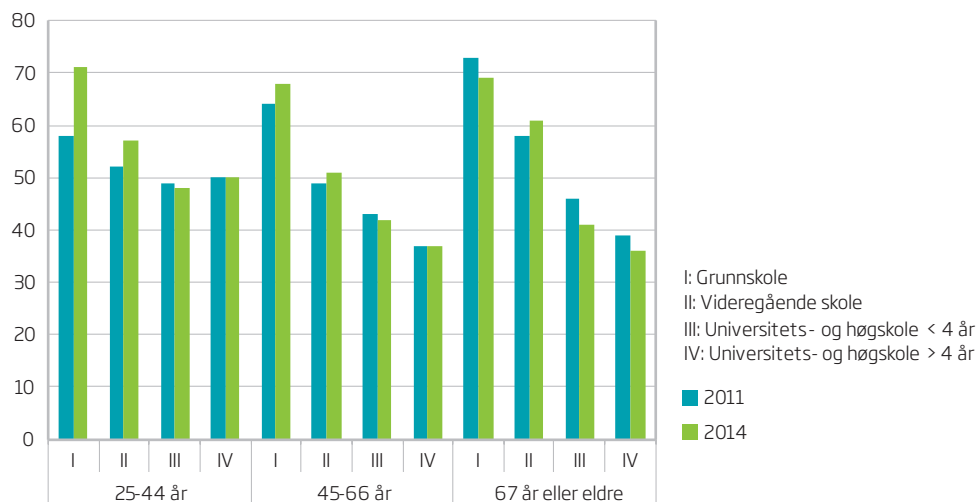
mål å senke terskelen for deltakelse i frivilligheten for å styrke sosiale nettverk og motvirke ensomhet. Kampanjens hovedverktøy er nettportalen Frivillig.no. Målgruppen er nye frivillige – unge, eldre og innvandrere og andre som står i fare for å bli ensomme og isolerte i samfunnet.

Indikatorer:

- Andel som ikke er aktivt medlem i noen organisasjon
- Andel som har utført gratisarbeid for en organisasjon de siste 12 månedene

Figuren under viser andelen som oppgir at de ikke er aktivt medlem av noen organisasjon, og som vi ser er det en relativt høy andel som svarer dette. Andelen har gått noe opp for enkelte grupper i perioden 2011 – 2014, for andre har den gått ned eller holdt seg stabil.

Det er som nevnt over, tydelige sosiale forskjeller i organisasjonsdeltagelse.

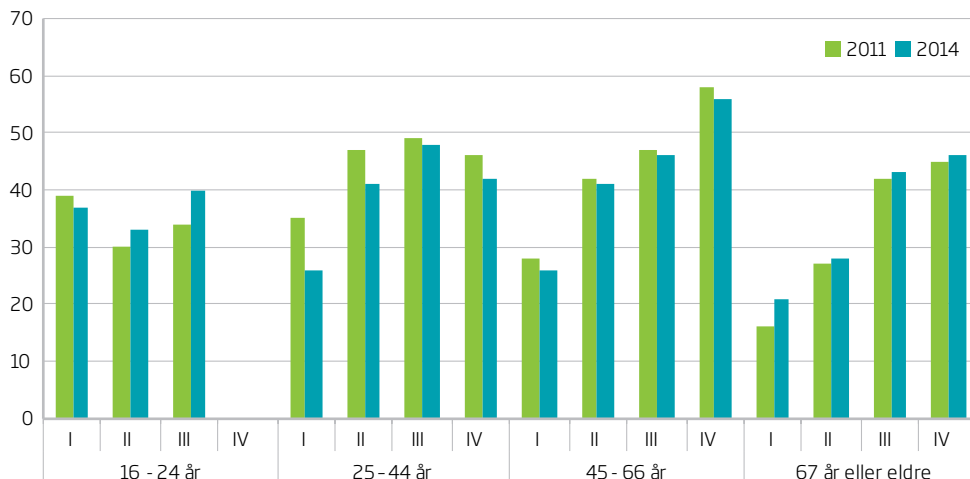


Figur 2-8 Andel som ikke er aktiv medlem i noen organisasjon etter alder og utdanning, 2011, 2014.

Kilde: SSB, Statistikkbanken

Figuren under viser det samme mønsteret når vi ser på hvem som har utført gratis arbeid for en organisasjon siste året. Det vil si de som er mer aktive utover det å være medlem.

Her er ikke de sosiale forskjellene like tydelige i alle aldersgrupper; det er bare blant de godt voksne – fra 45 til 67+ år, vi ser en tydelig sosial gradient.



I: Grunnskole
 II: Videregående skole
 III: Universitets- og høyskole < 4 år
 IV: Universitets- og høyskole ≥ 4 år

Figur 2-9 Andel som har utført gratisarbeid for en organisasjon de siste 12 månedene etter alder og utdanning 2011, 2014. Kilde: SSB

2.3.2 Barrierer for deltagelse blant voksne og eldre

Man kan tenke seg at det finnes mange typer barrierer for deltagelse, både på makro- og mikronivå. På makronivå kan for eksempel utformingen av velferdsordningene og ulike typer støtteordninger for frivillighet ha betydning for sosial deltagelse. Det er likevel hindringene på mikronivå som det i første omgang er aktuelt å måle; den subjektive opplevelsen av barrierer vil antagelig variere fra person til person. I denne delen ser vi hvordan de som opplever ulike barrierer for deltagelse fordeler seg i befolkningen. Barrierene kan være økonomiske, helsemessige eller andre. Deltakelse er her knyttet til kulturelle aktiviteter, dyrking av hobbyer og interesser som man utfører sammen med andre, samt deltagelse i frivillig arbeid.

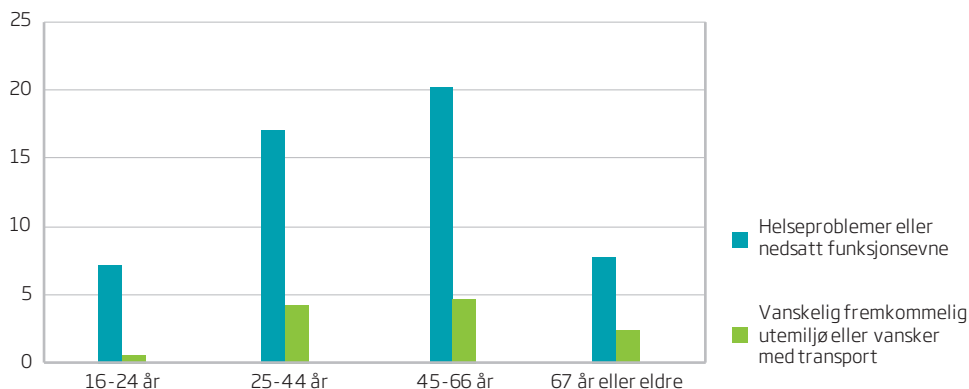
Vi har følgende indikatorer:

- Barrierer for deltakelse i kulturelle aktiviteter som for eksempel å gå på kino, konsert eller lignende sammen med andre?
- Barrierer for å kunne dyrke felles hobbyer eller interesser sammen med andre.
- Barrierer for å delta i frivillig arbeid.

Figurene som presenteres her baserer seg på tall fra SSB sin Levekårsundersøkelsen om helse 2015. Vi har sett på respondenter som har svart ja på spørsmålet om de opplever ulike former for barrierer, og deretter sett på hva slags barriere som oppgis oftest. Dette har vi sett i forhold til et utvalg aktiviteter. Tallene er små da de aller fleste i undersøkelsen svarer at de ikke opplever barrierer for deltagelse.

De barrierene som forekommer oftest er knyttet til nedsatt helse eller funksjonsevne, dernest følger vanskelig fremkommelig utemiljø eller vansker med transport. Barrierer knyttet til tid og økonomi forekommer i mindre grad, og tallene er så små at dette er utelatt fra figurene under.

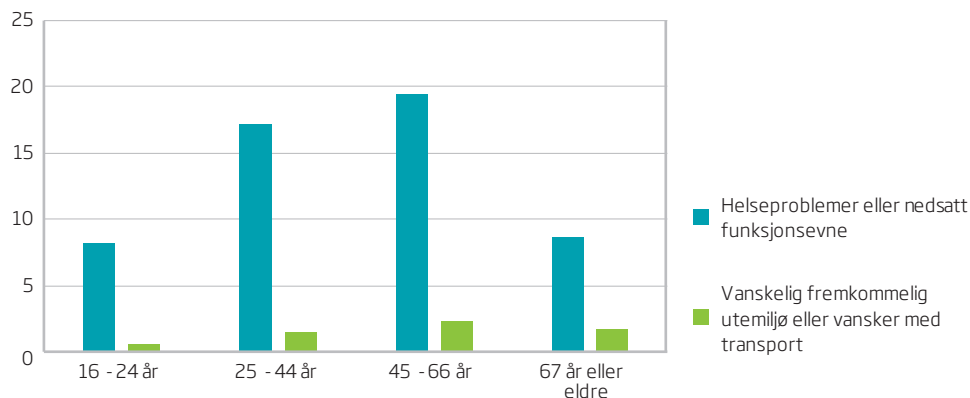
Figuren under viser barrierer for deltakelse i kulturelle aktiviteter, slik som kino, konsert, museum eller kunstutstillinger sammen med andre. Som vi ser er nedsatt helse den vanligste barrieren for denne type deltagelse.



Figur 2-10 Andel personer som er hindret fra å delta i kulturelle aktiviteter, etter alder. 2015.

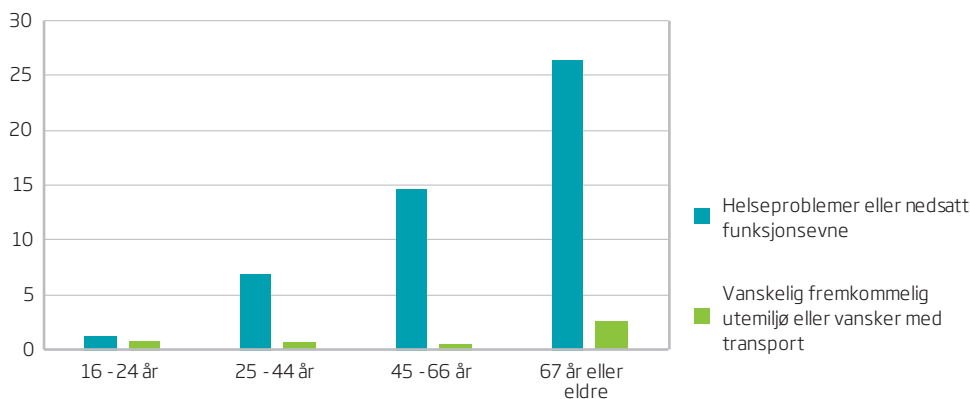
Kilde: Helsedirektoratet/SSB

Når det gjelder hindringer fra å dyrke felles hobbyer og interessert med andre, er også nedsatt helse den vanligste barrieren.



Figur 2-11 Andel personer som opplever ulike barrierer for å dyrke felles hobbyer eller interesser sammen med andre, etter alder. Personer 16 år og over, 2015. Kilde: Helsedirektoratet/SSB

Til slutt ser vi på hva som er de vanligste barrierene for ikke å delta i frivillig arbeid.



Figur 2-12 Andel personer som ikke har deltatt i frivillig arbeid etter alder på grunn av ulike barrierer. 2015. Kilde: Helsedirektoratet/SSB

Helseproblemer eller nedsatt funksjonsevne er klart den hyppigste barrieren for deltagelse.

Når vi samtidig vet at mange som befinner seg utenfor arbeidslivet også tilhører denne gruppa, er det en fare for at disse nok engang blir ekskludert fra viktige sosiale arenaer. Det er vel dokumentert at det å delta i arbeidslivet

har en helsefremmende effekt – også for de som allerede har helseproblemer eller nedsatt funksjonsevne. Å delta på andre arenaer vil på samme måte kunne fremme helse og livskvalitet.

2.3.3 Sosial deltagelse blant barn og unge

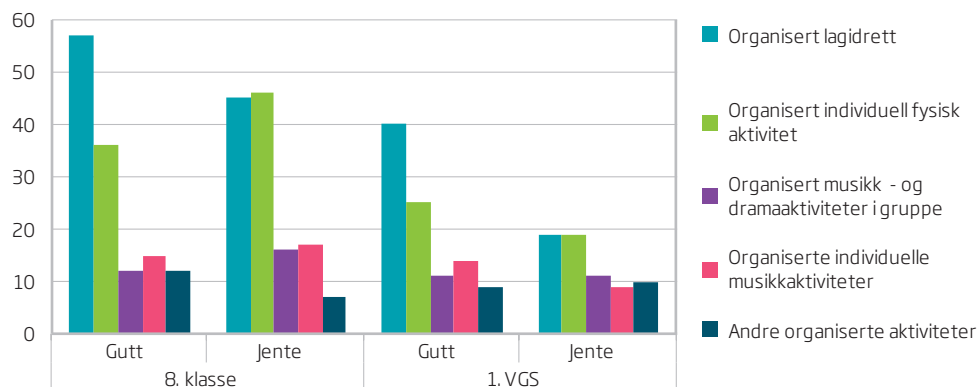
Lag og foreninger representerer viktige arenaer for sosialt samvær, opplevelse av tilhørighet og mening, og gir en annen type læring og erfaringer enn den skolen representerer. I tillegg vil deltagelse i fritidsorganisasjoner kunne ha en forebyggende effekt med tanke på blant annet rusbruk. Deltagelsen i frivillige organisasjoner har vært synkende de siste tiårene, og det er de mer tradisjonelle organisasjonene som speider, korps og kor som har opplevd størst medlemssvikt. Idrettslagene ser imidlertid ut til å ha beholdt sin oppslutning. Ung i Oslo – undersøkelsen viser sosiale forskjeller i organisasjonsdeltagelse blant ungdom (Andersen og Bakken, 2015).

Indikatorer:

- Andelen av ungdom som har deltatt i ulike organiserte fritidsaktiviteter omtrent en gang i uka eller oftere, etter klassetrinn og kjønn
- Andelen av ungdom som har ukentlig deltagelse i fritidsaktiviteter etter ulike sosioøkonomiske status
- Andel unge i Oslo som er aktive i fritidsorganisasjoner – etter foreldrenes fødeland og sosiale bakgrunn

Figuren 2-13 viser ungdom i 8.trinn og 1.vgs som deltar ukentlig i ulike fritidsaktiviteter.

De aller fleste driver med idrettsrelaterte aktiviteter, noen flere gutter enn jenter, og de yngste mer enn de eldste. Når det gjelder andre former for fritidsaktiviteter er det ingen særlig forskjell på gutter og jenter, men aktivitetene avtar noe blant de som går første år på videregående skole.

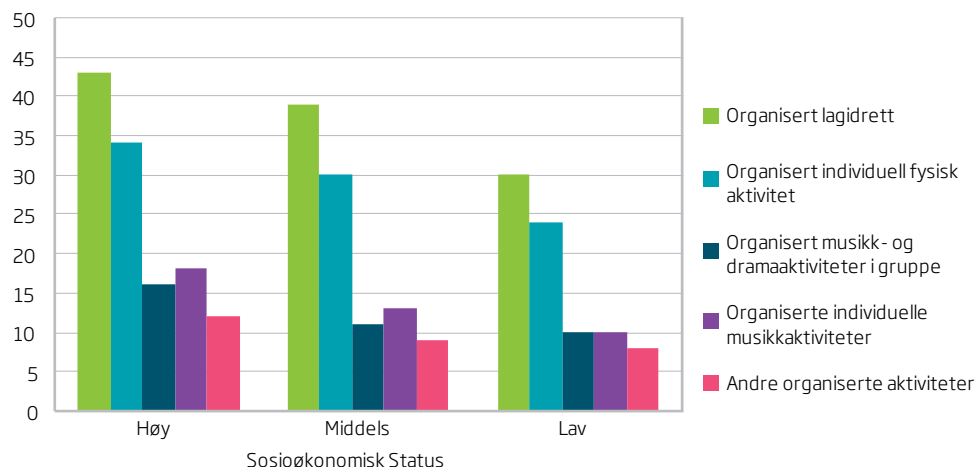


Figur 2-13 Andelen av ungdom som har deltatt i ulike organiserte fritidsaktiviteter omtrent en gang i uka eller oftere, etter klassetrinn og kjønn, 2015. Kilde: HEMIL-senteret, Universitetet i Bergen

HEMIL-senteret ved Universitetet i Bergen utfører hvert fjerde år en helsevaneundersøkelse (HEVAS) blant elever på 6., 8. og 10.trinn i grunnskolen og 1.vgs. Dette er det norske bidraget i en omfattende undersøkelse gjennomført i 44 land og regioner i regi av Verdens Helseorganisasjon. Undersøkelsen kartlegger alt fra kosthold og andre levevaner til skoletrivsel, mobbing og fritidsaktiviteter. I tillegg ser de på hvordan ulike levevaner og aktiviteter fordeler seg etter sosioøkonomisk status.

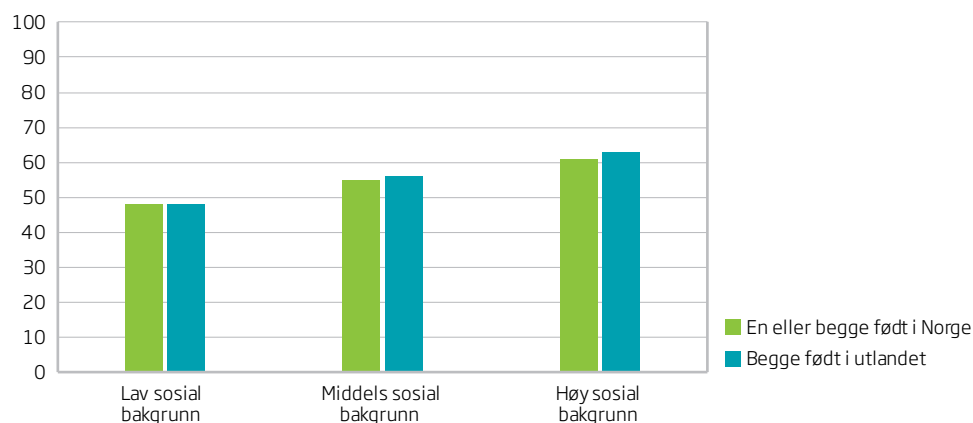
Ved hjelp av data fra HEVAS-undersøkelsen ser vi hvordan ulike typer fritidsaktiviteter fordeler seg etter ungdoms sosioøkonomiske status. For å måle sosial ulikhet har Hemil-senteret utviklet en indeks som blant annet baserer seg på foreldres yrke, materielle og kulturelle levekår, og som gjør det mulig å dele elevene i grupper med henholdsvis høy, middels eller lav sosioøkonomisk status (HEMIL-senteret, 2016).

Figur 2-13 viser at det er organisert lagidrett eller annen organisert fysisk aktivitet som ungdom flest driver med. Noen færre driver med organisert musikk- og drama aktiviteter. Figur 2-14 viser at samtlige aktiviteter utgjør en sosial gradient. Grad av deltagelse i organisert aktivitet stiger med sosioøkonomisk status.



Figur 2-14 Andelen av ungdom som har ukentlig deltagelse i fritidsaktiviteter etter ulike sosioøkonomiske status, 2016. Kilde: HEMIL-senteret, UiB

Mønsteret som framkommer i figuren over, er sammenfallende med funn fra Ung i Oslo-undersøkelsen fra 2015. Her finner man videre at det er liten eller ingen forskjell hvis man sammenligner innvandreringdom med øvrig ungdom i Oslo. Innvandreringdom ser ut til å følge det samme sosioøkonomiske mønstre som ungdom ellers.



Figur 2-15 Andel unge i Oslo som er aktive i fritidsorganisasjoner etter foreldrenes fødeland og sosiale bakgrunn. 2015. Kilde: NOVA

2.3.4 Barrierer for deltagelse blant barn og unge

Flere forhold kan oppleves som barrierer for deltagelse blant barn og unge; helsemessige, religiøse, kulturelle og økonomiske. Barrierene kan være knyttet til kapasitet og ressurser i familien. Det kan være strukturelle barrierer i samfunnet som hindrer deltagelse for alle, slik som avgifter knyttet til deltagelse, mangel på universell utforming og fysisk tilgjengelighet.

I Rapporten Sosioøkonomisk status og barn og unges psykologiske utvikling (Helsedirektoratet, 2015), drøftes familieinvesteringsperspektivet som forklaringsmodell på sosial ulikhet i barns psykologiske utvikling. Dette perspektivet handler om i hvilken grad familien har råd til å gjøre investeringer i familien; alt fra materielle ting som sunn mat og gode boforhold til lek og fritidsaktiviteter. Rapporten ser på ulike inntektsdesiler, (10 i alt) og sammenstiller dette med utgifter per husholdning til «Kultur og fritid» for par med barn, og finner en svak sosial gradient (2015:11). Det er særlig den nederste desilen – altså de husholdningene med lavets inntekt – som bruker minst av sin inntekt på kultur og fritid; 8,6 prosent mot 11,3 prosent i den høyeste desilen.

Oppvekstrapporten som utgis av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), slår fast at andelen barn som ikke deltar i ulike aktiviteter av økonomiske årsaker er relativt liten og langt mindre enn i andre land (Bufdir, 2017b). I 2014 kartla SSB andelen barn som av økonomiske årsaker ikke kunne delta i fritidsaktiviteter eller delta på skolearrangementer, og fant en andel på 1-2 prosent (Sandvik, 2016).

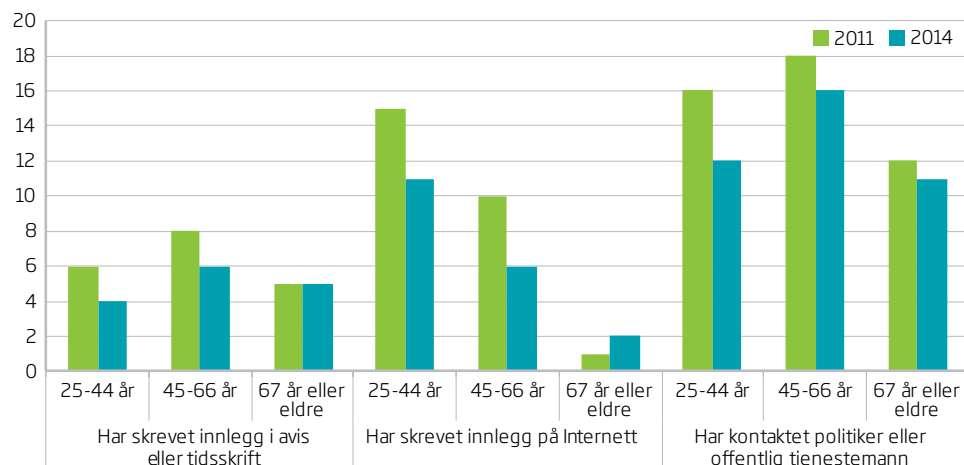
2.4 Demokratisk medvirkning

Demokratisk medvirkning vil av de fleste bli ansett som et gode i seg selv, men har også sannsynlige konsekvenser for helse og livskvalitet, direkte eller indirekte. Muligheten til å påvirke og forme samfunnet rundt seg og kunne gi uttrykk for sine synspunkter og meninger er med på å styrke individets følelse av autonomi, noe som anses som et grunnleggende behov hos mennesker (Barstad, 2014).

Det er flere tilnærminger til medvirkning i folkehelsearbeidet. I helsefremmende arbeid brukes ofte begrepet «empowerment» om individers og lokalmiljøers makt til å påvirke beslutninger. Begrepet kan oversettes med bemyndigelse, myndiggjøring, styrking eller mobilisering av egne krefter. Kjernen i begrepet er det motsatte av maktesløshet eller undertrykking. Det handler om hvordan

mennesker og lokalsamfunn kan ta kontroll gjennom å mobilisere og styrke egne krefter. Et godt folkehelsearbeid skal bygge på involvering og oppslutning blant innbyggerne og brukere av offentlige tjenester. Prinsippet om medvirkning skal legges til grunn både på system- og individnivå. Det forutsetter gode involveringsprosesser i politikk- og samfunnsutvikling nasjonalt og lokalt (Kommunetorget.no). Medvirkning er et viktig demokratisk prinsipp og det er viktig at så mange som mulig får mulighet til å medvirke i saker som angår dem selv (KMD, 2014b).

Figuren under viser hvor mange som har utført minst to av følgende fem aktiviteter for å påvirke en sak de siste 12 måneder; har skrevet innlegg i avis eller tidsskrift, har skrevet innlegg på internett eller kontaktet politiker eller offentlig tjenestemann.



Figur 2-16 Politisk aktivitet for å påvirke en sak etter type aktivitet og alder. 2011, 2014.

Kilde: Helsedirektoratet/SSB

Som vi ser så har andelen som har medvirket på ulikt vis falt i perioden 2011-2014. De fleste som har forsøkt å påvirke en sak har gjort dette ved å ta kontakt med politiker eller offentlig tjenestemann. Det er ingen forskjell i medvirkning mellom de ulike aldersgruppene, med unntak av å skrive innlegg på internett som faller med økende alder. Dette handler kanskje først og fremst om digital kompetanse og hvilke medier man er bekvem med å bruke.

2.5 Tillit

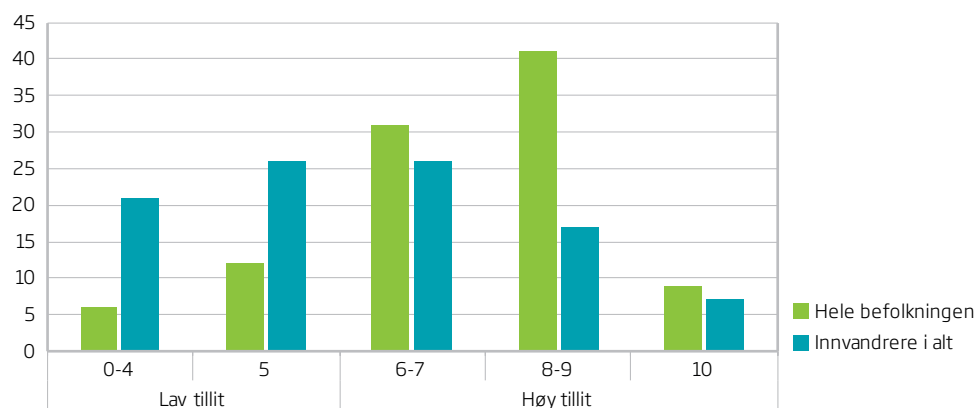
Tillit og toleranse omhandler visse ressurser, eller mangel på slike, som fremmer samarbeid, demokratisk medvirkning og sosial deltagelse i et sosialt system, om det nå er på en arbeidsplass, i et lokalsamfunn eller en hel nasjon. Samtidig utgjør tillit og toleranse også viktige ressurser på individnivå.

En generelt tillitsfull og tolerant holdning gjør det lettere å få kontakt med andre. Slik sett er tillitt nært knyttet til deltagelse. Men også de som er sosialt isolerte og/eller mistenksomme mot andre vil ha nytte av å leve i et samfunn der mennesker i sin allmennhet stoler på hverandre. Høy mellommenneskelig tillit og tillit til viktige samfunnsinstitusjoner utgjør samfunnets sosiale kapital og korrelerer med en rekke positive faktorer slik som god helse (Rothstein, 2002).

I litteraturen om tillit er det vanlig å skille mellom allmenn, mellommenneskelig tillit (generalisert tillit) og partikulær tillit, altså tilliten til konkrete andre. Et annet viktig aspekt er den vertikale tilliten, det vil si tilliten til sentrale samfunnsinstitusjoner som politi, rettsvesen og de styrende organer i samfunnet. Nyere forskning viser at det er en sterk sammenheng mellom tillitt til institusjoner og mellommenneskelig tillit (Holmberg og Rothstein, 2016).

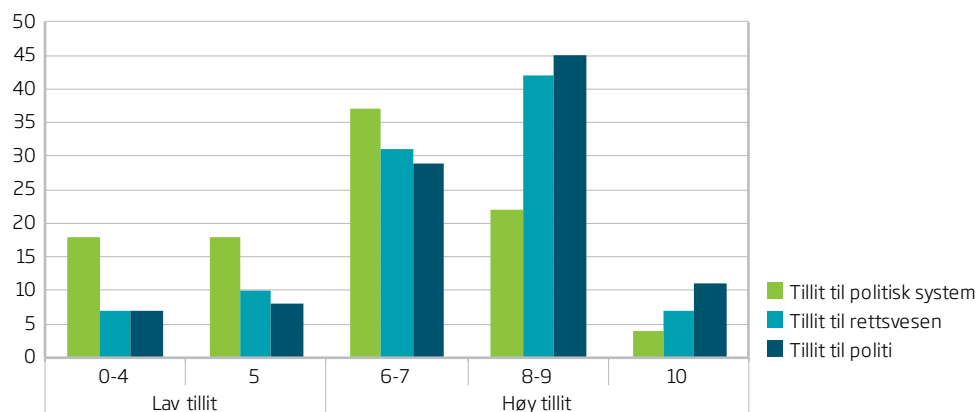
Norge er blant de landene i verden der befolkningen har høyest tillit, uavhengig av hvilke mål en benytter, og dette har bidratt til en toplassering i FN's kåring av verdens lykkeligste land. Tillit er et av seks kjernevariabler som denne rangeringen baserer seg på. De andre fem variablene er bruttonasjonalprodukt per innbygger, forventet levealder med god helse, sosial støtte, opplevd frihet og mulighet til å ta viktige avgjørelser i eget liv, samt generøsitet (økonomisk velferd) (Halliwell, Layard & Sachs, 2017).

Figuren under viser hvordan befolkningen i Norge skårer på mellommenneskelig tillit. På en skala fra 0 – 10 skal de oppgi i hvilken grad de mener folk flest er til å stole på eller om en ikke kan være forsiktig nok. Figuren viser at innvandrere skårer noe lavere enn befolkningen sett under ett.



Figur 2-17 Andel av befolkningen og innvandrere som skårer hhv høyt og lavt på spørsmål om mellom-menneskelig tillit. 2015. Kilde: Levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2016 og Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2013, SSB

Figur 2-18 baserer seg på samme skala, men denne gang er det tilliten til viktige samfunnsinstitusjoner slik som politi og rettsvesen, samt tillit til det politiske system som måles. Det ser ut som om tilliten til de oppgitte institusjonene er høy, selv om noe flere uttrykker lavere tillit til det politiske system.



Figur 2-18 Tillit til ulike styringssystemer i samfunnet. Kilde: Levekårsundersøkelsen blant innvandrere i alt 2016 og Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2013, SSB

3. Trygge og helse-fremmende miljøer

Tilgangen til rekreasjonsområder for barnehager og skolebygg har hatt en svak økning de siste årene. Vi kan se en positiv trend når det gjelder fokus på aktiv transport; utbygging av gang- og sykkelanlegg og vedlikehold av disse. Dette vil bidra til økt aktivitet i befolkningen og færre ulykker. Om lag 60 prosent av befolkningen synes de har et godt kollektivtilbud der de bor; de som bor i byene er mer fornøyd enn de som bor på mindre tettsteder og i spredtbygde strøk.

I flere levekårsutsatte områder i byene har det vært behov for en fysisk opprustning av nærmiljøet. Dette følges opp gjennom såkalte områdeløft. En stor andel av befolkningen utsettes for ulike typer av uhensiktsmessig stråling. Bevisstheten om risiko ved UV-stråling ser ut til å øke, og færre blir solbrent. Utviklingen innen skade- og ulykkesforebyggingen i trafikken viser generelt en positiv trend, men ytterligere innsats kreves for å nå målene om bilbeltebruk, bruk av sykkelhjelmer og refleks.

3.1 Miljø og helse

Det fysiske miljøet som omgir oss, enten det er naturskapt eller menneskeskapt, er grunnleggende for helse, trivsel og livskvalitet, og for menneskelig utfoldelse, vekst og utvikling. Folkehelseloven uttrykker klart at innsats skal rettes mot miljø- og samfunnsforhold som bidrar til god helse eller hindrer at sykdom og skade oppstår. Som kvaliteter i trygge og helsefremmende miljøer kan nevnes tilgjengelighet, deltagelse og universell utforming, infrastruktur for aktiv transport, sunne, aktivitetsfremmende og grønne nærmiljøer, gode boliger og bomiljøer og trygge omgivelser. I dette kapitlet ser vi blant annet på hvordan det tilrettelegges for aktivitet, mens befolkningens aktivitetsnivå omtales i kapitlet «Sunne valg». Dette kapitlet ser med andre ord først og fremst på de fysiske miljøbetingelsene som har betydning for befolkningens helse. Sosiale miljøfaktorer blir omtalt i kapittel 2.

Bruk av natur er en viktig del av hverdagsmosjonen blant eldre. Studier viser at friluftsliv favner jevnere blant ulike lag av befolkningen, enn andre former for fysisk aktivitet (Breivik & Rafoss 2017). Trenden er at en stadig større andel i den eldre befolkning bruker anleggstyper som turstier, lysløyper og turveier. For at eldre skal benytte seg av friluftsliv er det viktig med kort avstand og lett adkomst til infrastruktur i nærmiljøet. Det er vist at de som bor under ti minutter fra en turvei er 10 prosent mer aktive enn de som bor en halv time unna (Helsedirektoratet 2016). Å få kartlagt indikatorer på avstander til nærmeste turvei/grøntområde blant innbyggerne vil være et bidrag til kommunal planlegging for idrett, friluftsliv og fysisk aktivitet.

3.2 Helsefremmende miljø og lokalsamfunnsutvikling

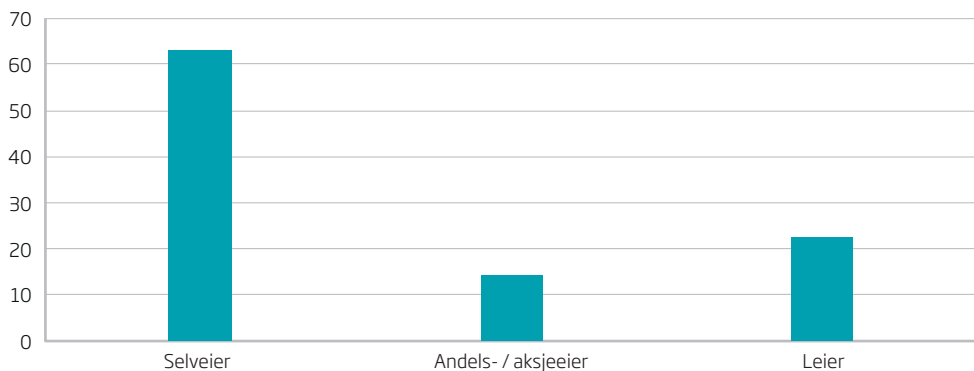
Tilgang til helsefremmende nærmiljø og gode lokalsamfunn er av betydning for folkehelsen. Under dette delområdet kommer vi inn på bolig, by og nærmiljøutvikling, tilgang til natur- og rekreasjonsområder og friluftsliv, samt anlegg for fysisk aktivitet og idrett.

3.2.1 Bolig, by- og nærmiljøutvikling

Kvaliteten på bolig og boområder har konsekvenser for trygge og helse-fremmende miljøer.

En trygg og stabil bosituasjon skaper økt trivsel og velvære. Fravær av støy og forurensning og tilgang til rekreasjonsområder og arenaer for deltagelse og medvirkning har sammen med godt inneklima og tilstrekkelig med plass positive helseeffekter. Dette er særlig knyttet til tilgjengelighet, trafikksystem, grønn-strukturer og nærmiljøtilbud. Korte avstander og trygge gang- og sykkelanlegg mellom for eksempel bolig/skole og bolig/kollektivknutepunkt har stor ulykkesforebyggende betydning, og muliggjør reduksjon av privatbiltrafikken og den forurensning og støy den skaper.

Omtrent hvert tredje år utfører SSB en boforholdsundersøkelse hvor man kartlegger eierstatus, bomiljø, boligtype, boligstandard og boligøkonomi. Siste undersøkelse fra 2015 viser at 63 prosent av husholdningene eier egen bolig mens omtrent 23 prosent leier bolig (Figur 3-1). De aller fleste dvs 90 prosent bor romslig mens 6,6 prosent opplever trangboddhet (SSB, 2017b).



Figur 3-1 Eierstatus blant norske husholdninger. Prosent. 2016. Kilde: SSB

Det er igangsatt et systematisk arbeid for å bedre levevilkårene i spesielt utsatte byområder flere steder i landet. Særskilte innsatser med statlig støtte er igangsatt i Oslo, Bergen Trondheim, Drammen og Stavanger. Etablering og oppgradering av fysiske møteplasser- og aktivitetsområder sammen med tiltak for å stimulere til aktivitet er viktige innsatsområder i satsingene, som bygger på Husbankens områdeløft-metodikk. Helsedirektoratet og Miljødirektoratet har startet opp nærmiljøsatsinger for å stimulere kommunene til økt innsats for å skape attraktive nærmiljøer som fremmer folkehelse og friluftsliv.

3.2.2 Tilgang til natur- og rekreasjonsområder, friluftsliv og idrett

Generelt er mennesker mer aktive dersom parker, grøntområder, anlegg for rekreasjon, mosjon og idrett, og viktige møtepunkter som skoler og butikker, ligger i nærheten av hjemmet eller arbeidsplassen. Nærhet til grønne områder påvirker også helsen positivt ved å bidra til mindre stress, bedre mental helse, trivsel og økt levetid på tvers av sosiale skillelinjer (Public Health England 2014). Nærmiljøet bør tilby naturopplevelse og stimulere til aktivitet, både blant barn, voksne og eldre. Inne- og utendørs møteplasser i og i nærheten av bolig-områder stimulerer til sosial kontakt og tilhørighet. Den lokale aktiviteten i idrettslag og friluftslivsorganisasjoner, genererer daglig mye fysisk aktivitet og er en viktig bidragsyter i folkehelsesammenheng.

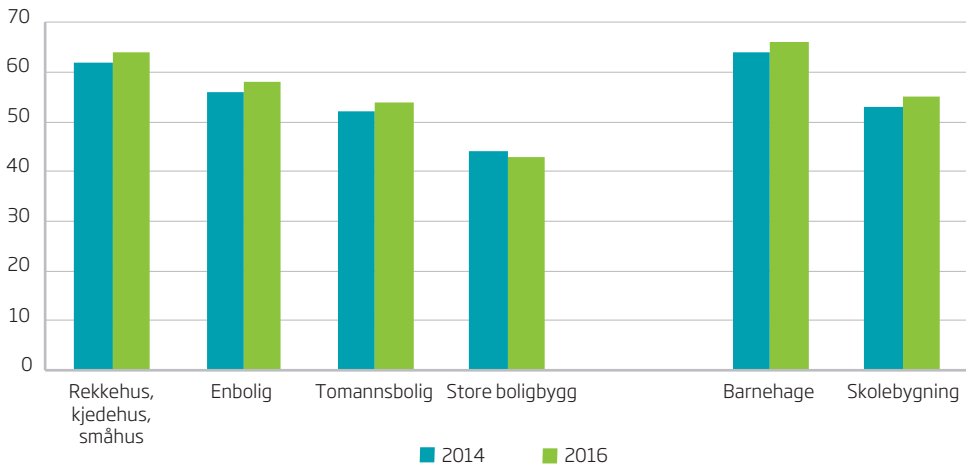
Barn, eldre og mennesker med funksjonsnedsettelse har kortere aksjonsradius enn voksne, eksempelvis på grunn av fysisk form, dårlig infrastruktur, eller risiko for skade eller ulykke. Det betyr at tilrettelegging og nærhet til nær-områder som gir mulighet for fysisk aktivitet og naturopplevelse må vektlegges.

Å være fysisk aktiv i naturen og nærmiljøet er den aktiviteten nordmenn oppgir at de helst ønsker å gjøre mer av (Helsedirektoratet 2014b). Både det nære og det mer fjerne friluftslivet er viktig av rekreasjonshensyn, men også for å være i aktivitet. 78 prosent rapporterer at de har vært på kortere fottur i skogen eller på fjellet (SSB, 2017).

Indikatorer:

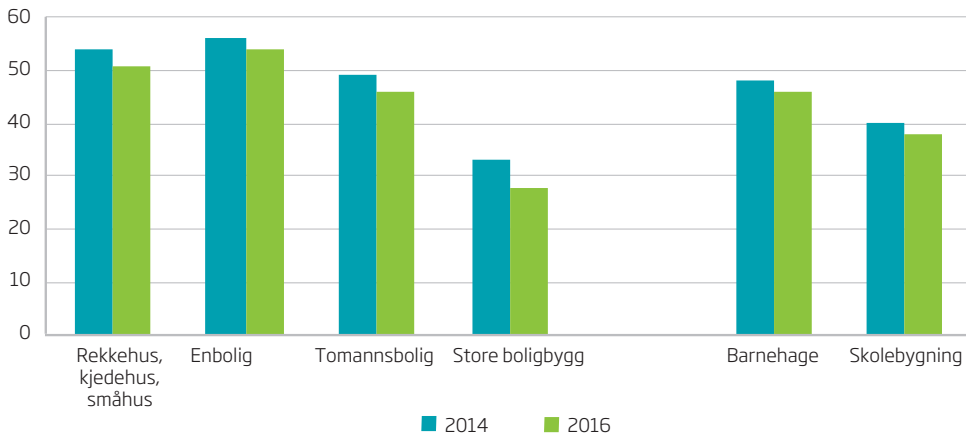
- Andel boliger, skoler og barnehager som har trygg tilgang på leke- og rekreasjonsareal (minst 5 dekar) innen en avstand på 200 meter.
- Andel boliger, skoler og barnehager som har tilgang på nærturterreng (minst 200 dekar) innen en avstand på 500 meter.

Tabellene under viser 1) Andel boliger, skoler og barnehager som har trygg tilgang på leke- og rekreasjonsareal (minst 5 dekar) innen en avstand på 200 meter, og 2) Andel boliger, skoler og barnehager som har tilgang på nærturterreng (større enn 200 dekar) innen en avstand på 500 meter.



Figur 3-2 Andel bygninger i tettsteder med trygg tilgang til rekreasjonsareal etter bygningstype. Enhet prosent. 2014 og 2016. Kilde:SSB

Indikatoren som angir andelen med trygg tilgang på *rekreasjonsareal* (minst 5 dekar) angir andelen boliger, skoler og barnehager som ligger i gåavstand (innen en avstand på 200 meter for leke- og rekreasjonsarealer) til områder som potensielt er egnet for lek, rekreasjon og friluftsliv. I tillegg til avstand beregnes trygg tilgang til områdene.



Figur 3-3 Andel bygninger innen tettsteder med trygg tilgang til naturterreng etter bygningstype. Enhet prosent. 2014 og 2016. Kilde: SSB

Definisjoner

«Bolig» omfatter i denne sammenhengen enebolig, tomannsbolig, rekke- og kjedehus, store boligbygg og bygning for bofellesskap, jf. standard for bygningstyper definert av Kartverket. Kategorien «bygning for bofellesskap» inkluderer boliger med og uten tjenester for eldre, studerende, barn og andre samfunnsgrupper. Dette er boliger som på grunn av fellestjenester (sosiale tjenester og velferdstjenester mv), skiller seg fra studenthjem/studentboliger og annen bygning for bofellesskap. Kategorien omfatter ikke sykehus, sykehjem eller institusjoner hvor det tilbys pleie eller medisinsk behandling (Miljødirektoratet 08.05.2015).

Skillet mellom rekreasjonsareal (inkludert lekeareal) og nærturterreng i denne sammenhengen er knyttet til størrelsen på områdene. Hvorvidt områdene er regulert eller tilrettelagt for friluftsliv er ikke tatt hensyn til i statistikken. Statistikken sier altså kun noe om tilgangen til arealer som har potensial som rekreasjonsareal og nærturterreng, og ikke noe om den faktiske bruken av områdene. Begrepene rekreasjonsareal og nærturterreng må ikke forveksles med begrepene «friområde» eller «friluftsområde» som brukes i plansammenheng.

For leke- og rekreasjonsarealer defineres trygg tilgang ved at man ikke må krysse vei med årlig gjennomsnittlig døgntrafikk (ÅDT) over 3000 og med fartsgrense over 30 km/t. Jernbane- og t-banespor regnes som barrierer for trygg tilgang.

For nærturterreng beregnes trygg tilgang på samme måte som for leke- og rekreasjonsareal, dvs. trygg tilgang ved ÅDT under 3000 og fartsgrense maks 30 km/t, men det aksepteres også høyere fartsgrense dersom ÅDT er lavere (2000 for 50 km og 1000 for 70 km=barrierevei) (basert på SSB-rapport 28/2012, kap. 2). Det regnes som trygg tilgang hvis man kan ferdes langs eller over veier, gangveier og stier unntatt langs eller i plan over barriereveier. Jernbane- og t-banespor regnes som barrierer for trygg tilgang.

Indikatoren som angir andelen med trygg tilgang på *nærturterreng* (større enn 200 dekar) angir andelen boliger, skoler og barnehager som ligger i gåavstand (innen en avstand på 500 meter for nærturterreng) til områder som potensielt er egnet for lek, rekreasjon og friluftsliv. I tillegg til avstand beregnes trygg tilgang til områdene.

Landstallene for endring fra 2014 til 2016 (SSB) viser at tilgangen til nærturterreng har falt noe, mens tilgangen til rekreasjonsareal har hatt en svak økning. En viktig årsak til dette er at flere kommuner har innført en fartsgrænse på 30 kilometer i timen på veier der det tidligere var 40 eller 50 kilometer i timen. Dette er tiltak som er med på å sikre trygg tilgang til rekreasjonsområder. På grunn av metodiske endringer hos SSB er det per i dag ikke mulig å presentere utviklingen over tid.

Miljødirektoratet arbeider for at alle kommuner innen 2019 skal ha kartlagt og verdsatt sine friluftslivsarealer etter en metodikk utviklet av direktoratet. Etter hvert som disse kartleggingene er ferdige vil kommunene ha bedre utgangspunkt for å rapportere, og dataene vil således bli gradvis bedre.

3.2.3 Anlegg for fysisk aktivitet og idrett

Anleggsregisteret (www.anleggsregisteret.no) er Kulturdepartementets register over spillemiddelsøknader og tilskudd, idretts-/aktivitetsanlegg og kulturarenaer. Publikum kan bruke registeret til å søke opp enkeltvis eller grupper av anlegg, og få informasjon om tildelte tilskudd samt informasjon om anleggenes egenskaper. Saksbehandlere bruker registeret som et fagsystem for behandling av de årlige spillemiddelsøknadene.

Det overordnede målet med idrettspolitikken kan sammenfattes i visjonen *idrett og fysisk aktivitet for alle*: Alle skal ha mulighet til å drive idrett og fysisk aktivitet i form av trening og mosjon (Kulturdepartementet, 2012). Det betyr blant annet at samfunnet må tilrettelegges godt for egenorganisert fysisk aktivitet og at anleggsmassen skal tilpasses aktivitetsprofilen i befolkningen.

Det finnes nærmere 2,2 millioner medlemskap i norsk idrett (men det er mulig å være med i flere idrettslag samtidig). Det viktigste virkemiddelet staten disponerer på idrettsområdet er tilskudd til anlegg og områder for idrett og fysisk aktivitet, mens kommunene har driftsutgifter til bygg, anlegg og aktivitetstilbud til barn og unge.

I tillegg finnes det tall i KOSTRA som kan vurderes å brukes som indikatorer på tilrettelegging for fysisk aktivitet, blant annet netto driftsutgifter til kommunale idrettsbygg og idrettsanlegg, og driftsutgifter til aktivitetstilbud barn og unge per innbygger. Disse indikatorene er ikke tatt med i denne omgang.

3.3 Aktiv transport og kollektivtransport

Effektive transportsystemer utgjør en viktig del av gode lokalsamfunn. Mobilitet er grunnleggende for å kunne delta i aktiviteter som er viktige for den enkelte. I tillegg ligger det et stort potensiale for å fremme god helse ved å tilrettelegge for aktiv transport og bruk av kollektivtransport for alle. Samtidig medfører samferdsel negative helseeffekter i form av luftforurensing, støy og risiko for ulykker. Dette krever god planlegging og tilrettelegging, og innsats fra kommunalt til statlig nivå, på tvers av flere sektorer. Med aktiv transport menes her gåing og sykling. De positive gevinstene ved å få flere til å gå og sykle er svært store. Det er et nasjonalt mål at veksten i persontransport i storbyene skal tas med kollektivtransport, sykkel og gange.

Indikatorer:

- Utvikling av anlegg for gående og syklende for alle veger
- Bevilgede midler i tilskuddsordning for økt sykkelbruk i mill. kr/år
- Antall km sykkelruter inspisert og forbedret langs riksveg
- Oppfølging av driftskontraktene for gang- og sykkelanlegg langs riksveg (antall gjennomførte kontroller og antall mangler)
- Belønningsmidler for å bedre framkommelighet, miljø og helse i mill. kr. fordelt på år og byområde

Bedre tilrettelegging for økt sykling og gåing er en forutsetning for å nå målene om økt gang- og sykkelandel. Tilrettelegging for gående og syklende er definert som «[...] tradisjonelle gang- og sykkelveger, sykkelveg med og uten fortau, sykkelfelt, og fortau. Også gater der fartsgrensen settes ned til 30 km/t eller 40 km/t inngår, dersom dette er i samsvar med løsning i vedtatt hovednett for sykkel» (Statens vegvesen, 2014). En god og sammenhengende infrastruktur er

et viktig tiltak for å øke gang- og sykkeltrafikken. Men flere andre faktorer virker inn, som for eksempel areal- og transportbruk, standard på drift og vedlikehold, nærhet og tilgjengelighet.

Tabell 3-1 Utvikling av anlegg for gående og syklende for alle veger samt nye kollektivfelt langs riksveg per år.

Indikator	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Antall km tilrettelagt for gående og syklende langs riksveg totalt	39,9	37	37	41,5	68	37,1	41,4
Antall km riksveg tilrettelagt for gående og syklende i byer/ tettsteder	3,6	6,8	6	12,7	8	13,5	4,1
Antall km tilrettelagt for gående og eller syklende langs fylkesveg som følge av fylkeskommunal investering					55,9	83,4	64,5
Antall km totalt for gang- og sykkelveg på kommunalt vegnett				3209	3488	3919	4293
Antall km nye kollektivfelt på riksveg	1,7	1,6	0,3	0,8	6	5,8	2,6

Kilde: Statens vegvesen

Forventet utvikling i perioden 2014-2017 var å tilrettelegge 175 km for gående og syklende langs riksveg og 250 km langs fylkesveg. Tall fra Statens Vegvesen viser at prosentvis oppfylleelsesgrad etter 3 år er 83,7 prosent langs riksveg og 81,5 prosent langs fylkesveg.

Stortinget vedtok i 2014 å opprette en tilskuddsordning for å bidra til raskere gjennomføring av tiltak som øker framkommeligheten for gående og syklende. Alle kommuner og fylkeskommuner kan søke om tilskudd på inntil 50 prosent av total kostnad fra Statens vegvesen.

Tabell 3-2. Bevilgede midler i tilskuddsordning for økt sykkelbruk i mill. kr/år.

År	2014	2015	2016	2017
Bevilget tilskudd (mill. kr.)	10	85	162,5	123

Kilde: Statens vegvesen

En god og sammenhengende infrastruktur er et viktig tiltak for å øke gang- og sykkeltrafikken. Lokale gåstrategier er et grep for å gjøre det mer attraktivt å gå og få flere til å gå mer. Flere kommuner er i gang med, eller har vedtatt dette. Men flere andre faktorer virker inn, som for eksempel areal- og transportbruk, nærhet og tilgjengelighet

Statlige planretningslinjer for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging er et virkemiddel for å utvikle bærekraftige byer og tettsteder, og fremme helse, miljø og livskvalitet (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014).

3.3.1 Forbedret drift og vedlikehold av gang- og sykkelanlegg langs riksveg

Attraktive gang- og sykkelanlegg som er godt vedlikeholdt forbedrer sikkerheten, tryggheten og fremkommeligheten for de som går og sykler. God drift og godt renhold bidrar også til et bedre bymiljø. Sykkelveginspeksjoner innebærer en systematisk gjennomgang av eksisterende sykkelruter med henblikk på å oppdage mangler og å gjennomføre strakstiltak som kan gi bedret trafikk-sikkerhet, framkommelighet og opplevelse for syklister. Dette vil også bedre forholdene for gående.

Tabellen under viser antall km sykkelruter inspisert og forbedret langs riksveg.

Tabell 3-3. Antall km sykkelruter inspisert og forbedret langs riksveg per år.

Indikator	2012	2013	2014	2015	2016
Antall km sykkelruter inspisert og forbedret langs riksveg	82	81	11,8	122,7	130,9

Kilde: Statens vegvesen

Statens vegvesen har som mål at sykkelveginspeksjoner skal gjennomføres for alle sykkelruter langs riksveg innen 2019. Nasjonalt sykkelregnskap (2017b) viser at ved utgangen av 2016 er 36,2 prosent inspisert og forbedret.

Det er flere kommuner og fylkeskommuner som gjennomfører sykkelveg-inspeksjoner som en del av tilretteleggingen for økt sykkelbruk på eget veg-nett. Det foreligger ikke statistikk over dette, men i en spørreundersøkelse til medlemmene av Sykkelbynettverket svarte 46 prosent av kommuner og fylkeskommuner at de hadde gjennomført sykkelveginspeksjoner de siste tre årene (Statens vegvesen, 2017c).

Alt arbeid på riksveg utføres av entreprenører på oppdrag fra Statens vegvesen. Oppfølging av driftskontraktene er nyttig for å sikre at leveransen er i henhold til bestillingen. All drift og vedlikehold langs riksveg skal skje i samsvar med Statens vegvesens Håndbok R610 Standard for drift og vedlikehold (2014). Tabellen viser oppfølging av driftskontraktene for gang- og sykkelanlegg langs riksveg. Tallene er hentet fra årsrapportene til Statens vegvesen.

Tabell 3-4 Oppfølging av driftskontraktene for gang- og sykkelanlegg langs riksveg per år.

Indikator	2013	2014	2015	2016
Antall gjennomførte kontroller	3 080	3 638	3 753	4 737
Antall mangler	35	30	77	61

Kilde: Statens Vegvesen

Det var flere mangler i 2015 enn de øvrige årene, noe som kan ha sammenheng med at det i 2014 ble innført ny standard for vinterdrift. Trenden viser allikevel en økning i antall mangler.

3.3.2 Kollektivtilbud

Nesten 60 prosent av befolkningen har et godt eller svært godt kollektivtilbud der de bor.

Kollektivtilbudet er klassifisert etter antall avganger i timen på hverdager og avstand til den holdeplassen som vanligvis brukes: 1) *Svært god tilgang*: Minst 4 avganger pr. time og under 1 km til holdeplassen og 2) *God tilgang*: 2-3 avganger pr. time og under 1 km til holdeplass, eller minst 4 avganger pr. time og 1-1,5 km til holdeplassen (Transportøkonomisk institutt, 2014).

Trenden med forbedret kollektivtilbud fortsetter. Det er store geografiske forskjeller i kvaliteten på kollektivtilbudet, og de største byene har det beste

tilbudet. Befolkningen i mindre tettsteder og i spredtbygde strøk har et dårlig eller svært dårlig tilbud.

For å hindre at veksten i persontransport skjer med bil er det etablert ordninger som belønningsavtaler, bymiljøavtaler og byvekstavtaler. Alle har nullvekst for persontransport med bil som overordnede mål.

Bymiljø- og byvekstavtalene skal finansiere tiltak som bidrar til økt andel som reiser med kollektivtransport, sykler og går gjennom et forpliktende samarbeid mellom statlige, fylkeskommunale og kommunale aktører. Planlegging av boliger, samferdsel, kollektivtransport og næringsutvikling skal ses i sammenheng, for å bygge opp under de miljøvennlige transportformene. Det vil kunne bidra til at det blir enklere å gå og sykle til daglige gjøremål. Staten har inngått bymiljøavtaler med Trondheim kommune og Sør-Trøndelag fylkeskommune (2016-2023) og Oslo kommune og Akershus fylkeskommune (2017-2023) og byvekstavtaler med Bergen kommune og Hordaland fylkeskommune (2017-2023) og for Nord-Jæren med kommunene Stavanger, Sandnes, Sola og Randaberg og Rogaland fylkeskommune (2017-2023).

Belønningsordningen skal stimulere til bedre framkommelighet samt bedre miljø og helse i storbyområdene, ved å øke antallet kollektivreiser på bekostning av reiser med personbil. Det er ansvarlig myndighet for lokal kollektivtransport i de ni største byområdene som kan søke om en belønningsavtale.

Tabell 3-5. Belønningsmidler for å bedre framkommelighet, miljø og helse, i mill. kr. fordelt på år og byområde.

År	2013	2014	2015	2016
Oslo	180	305	410	430
Bergen	168	182	184	200
Trondheim	110	190	200	230
Stavanger	35	60	100	100
Kristiansand	45	80	115	110
Buskerudbyen	100	73	90	95
Grenland	35	60	70	75
Nedre Glomma	-	60	60	65
Tromsø	-	-	72	75
SUM	673	1010	1301	1380

Kilde: Statens vegvesen

3.4 Universell utforming og tilgjengelighet

Alle skal ha samme mulighet til deltakelse, og samfunnet skal være tilgjengelig for alle. Det finnes grupper i samfunnet som har begrenset tilgang til samfunnets ulike tilbud og tjenester. Dette kan være personer med nedsatt bevegelighet, nedsatt evne til å orientere seg, kognitive vansker eller personer som er miljøhemmet grunnet faktorer som astma eller allergi.

Med universell utforming menes at omgivelser og tjenester utformes på en slik måte at de kan brukes av alle mennesker, i så stor utstrekning som mulig, uten behov for tilpassing og en spesiell utforming. Universell utforming er lovfestet i likestillings- og diskrimineringsloven fra 1.1.2018. Norge har også ratifisert FN-konvensjonen for mennesker med nedsatt funksjonsevne.

Det er et ufravikelig krav fra Kulturdepartementet at idrettsanlegg som mottar spillemidler skal tilfredsstille kravene til universell utforming. For idrettsanlegg omfatter prinsippene om universell utforming for alle som bruker anlegget, både idrettsutøvere, publikum, trenere, dommere og arrangementsteknisk personell. Anleggene blir vurdert på dette punktet før de kan gis en såkalt «idrettsfunksjonell forhåndsgodkjenning» - en godkjenning som er et absolutt krav for at anlegget kan motta midler. Det er kommunene som i all hovedsak gir slik godkjenning. Kulturdepartementet har kun enesansvar for å godkjenne svømmeanlegg og kunstianlegg. Ut fra et folkehelseperspektiv er universell utforming en viktig faktor både for helsefremmende stedsutvikling, helsefremmende transportløsninger og sosial deltakelse.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir.) har et overordnet fagansvar for universell utforming. Det er imidlertid den enkelte sektor som har ansvar for universelt uformet tjenester og omgivelser, f.eks. innen transport og offentlige bygninger. Bufdir. har egne tall og statistiksider hvor universell utforming er en del av levekårsdata for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Dette dekker fire hovedområder: IKT, transport, bygg og uteområder.

Indikatorer:

- Deltagelse i friluftsliv
- Tilgjengelighet - inngangspartier i kommunale bygninger
- Tilgjengelighet - statlige bygninger forvaltet av Statsbygg

3.4.1 Friluftsliv for alle

Alle skal ha muligheten til naturopplevelser og helsebringende friluftsliv, selv om forutsetningene er forskjellige. Personer med nedsatt funksjonsevne deltar i mindre grad i fritidsaktiviteter enn befolkningen for øvrig. Dette indikerer at friluftslivet ikke er like tilgjengelig for alle, og at fysiske barrierer fremdeles spiller en stor rolle.

Tabell 3-6 Deltakelse i friluftaktiviteter. Prosent.

Deltakelse i friluftaktiviteter	2011	2014
Hele befolkningen	35	34
Personer med nedsatt funksjonsevne	23	16
Alle menn	41	39
Menn med nedsatt funksjonsevne	28	16
Alle kvinner	29	29
Kvinner med nedsatt funksjonsevne	20	16

Kilde: SSB/ Bufdir

Kartverket har registrert tilgjengelighet for rullestolbrukere og personer med nedsatt syn i friluftsområder i 125 kommuner. Det er blitt registrert tilgjengelighet til turveier, parkeringsmuligheter, sittegrupper, grill- og bålplasser, toalett, gapahuk og hytter, fiskeplasser og baderamper. Denne registreringen viser at de aller fleste av disse friluftsområdene i liten grad er tilgjengelig for alle (Bufdir, 2017).

3.4.2 Tilgang til offentlig bygninger

Registreringer gjort av Kartverket viser at syv prosent av inngangspartier tilhørende kommunale bygninger er tilgjengelige for brukere av manuell rullestol. 25 prosent er tilgjengelige for brukere av elektrisk rullestol. For personer med nedsatt syn er 13 prosent av inngangspartier for offentlige bygninger tilgjengelig. Det er en større andel som er delvis tilgjengelig.

Tabell 3-8 Tilgjengelighet - inngangspartier i kommunale bygninger. Prosent. 2015.

	Tilgjengelig	Delvis tilgjengelig	Ikke tilgjengelig	Ikke vurdert
Manuell rullestol	7	30	54	9
Elektrisk rullestol	25	22	42	10
Nedsatt syn	13	16	26	45

Kilde: Bufdir

Når det gjelder bygninger forvaltet av Statsbygg, er syv av ti undervisningsbygg universelt utformet. Statsbygg har som mål at alle bygningene deres skal være universelt utformet innen 2025. Undervisningsbygg har vært prioritert av Statsbygg slik at studenter med funksjonsnedsettelse kan studere på lik linje med andre studenter. Blant nærings- og kulturbygg var henholdsvis 55 prosent og 19 prosent universelt utformet. Statsbygg rapporterer på fem indikatorer, se tabell 3-9.

Tabell 3-9 Tilgjengelighet - statlige bygninger forvaltet av Statsbygg. Prosent. 2017.

Trinnfri hovedatkomst	64
Trinnfri sideatkomst	75
Heis	51
HC-toalett	66
HC-parkering	48

Kilde: Statsbygg

3.5 Miljørettet helsevern

Begrepet miljørettet helsevern er definert i folkehelseloven § 8-1 første ledd:

«Miljørettet helsevern omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer».

I henhold til § 9 i folkehelseloven skal kommunen føre tilsyn med faktorer og forhold i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Ansvar og oppgaver kan delegeres til interkommunalt selskap. Evaluering av kommunenes kompetanse og kapasitet på området har avdekket mangelfulle ressurser i mange kommuner, og spesielt i små kommuner (Helsedirektoratet 2009).

3.5.1 Inneklima

Godt inneklima er viktig i alle typer bygg. Fuktskader og forekomst av muggsoppvekst har i de senere år blitt vektlagt som risikofaktorer i arbeidet med å forebygge inneklimarelaterte helseplager, som allergier og luftveislidelser. Barn er spesielt sensitive for dårlig inneklima.

Vi har et mål om at barnehager og skoler skal planlegges og drives slik at astma-, allergi- og inneklimarelaterte helseplager forebygges eller reduseres. Folkehelseinstituttet utga i 2016, rapporten *Inneklima i skoler og barnehager – Helsemessig betydning for barn og unge*. Rapporten oppsummerer oppdatert kunnskap om mulige helse- og trivselsmessige konsekvenser av dårlig inneklima i skoler og barnehager. I tillegg er det gjort oppdatert litteratursøk for helseeffekter av fukt, mugg og flyktige organiske forbindelser.

Vi vet imidlertid lite om bygningsmessige forhold eller eksponeringssituasjoner av betydning for inneklimaet i Norge. Dette gjelder også forekomsten vi har av fuktproblemer i den norske bygningsmassen og om det har vært en reell økning i forekomsten av fuktproblemer. Folkehelseinstituttet fikk i 2015 i oppdrag fra Helsedirektoratet å gjennomføre en studie basert på firmaet Anticimex sine data for å kunne anslå omfanget av fuktproblemer i den norske boligmassen. I denne studien ble totalt 10112 boliger gjennomgått. Samlet sett synes andelen boliger med fuktskader i det analyserte utvalget å ligge på 31 prosent.

Vi har per i dag ingen indikatorer som gir en god oversikt over forekomsten av faktorer som påvirker inneklima. Materialvalg, overflatebehandling, innbo og utstyr har i tillegg til fukt innvirkning på innvendig luftkvalitet og derigjennom helse.

3.5.2 Miljørettet helsevern i barnehage og skole

En vesentlig del av kommunenes oppgaver tilknyttet miljørettet helsevern gjelder barnehager og skoler. Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler har som overordnet mål å bidra til et bedre oppvekst- og læringsmiljø for barn. Helsedirektoratet har som mål at alle barnehager og skoler skal være godkjent etter helselovgivningen, og vil vurdere å utvikle en indikator som gjør det mulig å følge dette arbeidet.

En nasjonal kartlegging av skolenes godkjenningsstatus og kommunenes tilsynspraksis etter regelverket om miljørettet helsevern i 2013 viste relativt store forskjeller mellom fylkene når det gjelder andelen godkjente grunn- og videregående skoler. Det er i hovedsak forhold knyttet til det fysiske miljøet i skolen som er årsak til at virksomhetene mangler godkjenning (manglende vedlikehold, inneklima, sanitære forhold, mv) (Fylkesmannen.no, 2017). Det er et mål at skolenes og barnehagenes godkjenningsstatus skal fremgå av kommunenes rapportering i KOSTRA.

Helsedirektoratet gjennomførte høsten 2015 en undersøkelse med spørsmål til alle landets kommuner om status for godkjenning av samtlige barnehager etter forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler. Undersøkelsen viste at nesten 9 av 10 barnehager er godkjente etter helselovgivningen, men bare halvparten av barnehagene har vært gjenstand for tilsyn fra kommunen i løpet av en tre-årsperiode og like mange mangler en plan for vedlikehold av virksomheten (Helsedirektoratet, 2016).

Det er videre foretatt en revisjon av veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler «Miljø og helse i skolen» og Miljø og helse i barnehagen» (Helsedirektoratet, 2014 c og d). I disse gis eiere og ledere av virksomhetene veiledning i «god praksis» for å kunne etterleve regelverkets krav til gode miljøer i skoler og barnehager.

Helsedirektoratet har utarbeidet Veileder for kommunens tilsyn med miljørettet helsevern, et hjelpemiddel for å sikre etterlevelse av regelverkets krav, bl.a. til skoler og barnehager, og mest mulig lik saksbehandling og tilsyn i kommunene (Helsedirektoratet, 2016b).

3.5.3 Kjemikalier og miljøgifter

Miljømyndighetenes mål er at utslipp og bruk av helse- og miljøfarlige kjemikalier ikke skal føre til helseskader eller skader på naturens evne til produksjon

og selvfornyelse. Det er viktig å følge med på utviklingen i kjemikalier og forurensing for å iverksette tiltak som sikrer trygge og helsefremmende miljøer.

Den generelle befolkning eksponeres for kjemikalier enten direkte (bruk av ulike forbrukerprodukter) eller indirekte via miljøet (vann, mat, luft). I hvilken grad et kjemisk stoff forårsaker negative effekter på helse og miljø, vil avhenge av hvor store mengder det er snakk om. Ofte vil det være vanskelig å avdekke klare årsakssammenhenger mellom eksponering for et kjemikalie og en eventuell helseskade i befolkningen. Mange kjemikalier er ikke tilfredsstillende undersøkt. Eksponering for kjemikalier kan føre til økt hyppighet av sykdommer som normalt forekommer i befolkningen eller til helseskader som vanligvis ikke forekommer. Kjemikalier kan forårsake alvorlige helseskader som akutte forgiftninger, organskader, fosterskader, redusert fruktbarhet, arvestoffskader, kreft og allergier. De mest skadelige kjemikalier kan medføre skader på lang sikt selv i meget små doser over tid. Omfanget av kroniske skader og langtidsvirkninger er langt dårligere kjent enn omfanget av de akutte virkningene.

Miljøgifter er kjemikalier som er lite nedbrytbare, kan hope seg opp i levende organismer (bioakkumulere) og er giftige for mennesker, dyr og miljø. Vi utsettes for stadig flere miljøgifter, og vi vet lite om hvordan mange av disse stoffene virker på helsen. Et stort biomonitoreringsprosjekt er satt i gang i Europa (European Human Biomonitoring Initiative (HBM4EU)), og Helse- og omsorgsdepartementet har delegert gjennomføringen av prosjektet i Norge til Folkehelseinstituttet. Prosjektet går over 5 år, 2017-2021, og skal blant annet gi økt kunnskap om eksponeringsdata og om helseeffekter.

Folkehelseinstituttet leverer data og statistikk på dette området.

3.5.4 Vannforsyning

I Norge har de fleste tilgang til vannforsyning med stabil og god vannkvalitet. Likevel er det fortsatt grunn til å anta at sykdommer kan overføres gjennom vannforsyningen i Norge.

Vannkvaliteten i Norge overvåkes på nasjonalt og lokalt nivå, både når det gjelder vannkvalitet, anlegg og dekningsgrad. Vannforsyning er inkludert i Folkehelseprofilene som Folkehelseinstituttet utgir årlig. Disse har som formål å gi en status til de ulike kommunene (og fylkene) om hvordan de ligger an sett i forhold til et landsgjennomsnitt. I beregningen for status på vannforsyning inngår data om målt avvik mht. E.coli og ikke-planlagte avbrudd som er koblet sammen for å gi et mål på hvor trygt vann forbrukerne mottok i de ulike

kommunene. I tillegg er det belyst hvor mange som ikke får vann fra rapporteringspliktige vannverk, som myndighetene ikke vet tilstanden på. Resultatene ble første gang presentert i folkehelseprofilene for 2014 og er beregnet tilbake til 2009.

Til tross for at Mattilsynet beskriver drikkevannet i Norge til generelt å være av god kvalitet, avdekker Mattilsynets tilsyn at det på en rekke steder er mangler ved drikkevannsforsyningen. Folkehelseinstituttet er bekymret for tilstanden, særlig for ledningsnett. Gjennomsnittlig lekkasjetap på ledningsnett er 32 prosent (2014), og lekkasjene skyldes vedlikeholdsetterslep. Det er tilsvarende situasjon for avløpsnett. Både avløpsvann og kjemikalier kan komme inn i drikkevannsledninger og føre til sykdomsutbrudd. Det er behov for å øke kunnskapsgrunnlaget om forekomst av vannbåren sykdom, sykdomsbyrden knyttet til dette og de sosioøkonomiske konsekvensene av slik sykdom.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har utarbeidet en protokoll for vann og helse, som Norge har sluttet seg til. Protokollen omfatter både drikkevann, badevann og avløpsvann og har stor folkehelsemessig relevans. Helse- og omsorgsdepartementet har i samarbeid med Mattilsynet og Folkehelseinstituttet utarbeidet en gjennomføringsplan for departementets sektoransvar innen drikkevann for perioden 2014-2020. Gjennomføringsplanen beskriver tiltak som Mattilsynet og Folkehelseinstituttet har ansvar for. Planen beskriver også tiltak som Norsk Vann, som er en interesseorganisasjon for vannbransjen, vil iverksette. Folkehelseinstituttet har etablert Nasjonal vannvakt og satt i gang en nasjonal undersøkelse om magesyke (Drikkevannsstudien).

3.5.5 Luft og støy

Luftforurensning utendørs består av en rekke forskjellige stoffer, avhengig av hvilke kilder som bidrar til forurensningen. De mest aktuelle komponentene er svevestøv (PM 2,5 og PM 10), nitrogendioksid (NO₂), ozon (O₃), svoveldioksid (SO₂), karbonmonoksid (CO), metaller og polysykliske aromatiske hydrokarboner (PAH). Luftforurensning både forverrer og bidrar til utvikling av lunge- og hjerte-karsykdom, og øker også dødeligheten av disse sykdommene.

Verdens helseorganisasjon har identifisert luftforurensning som en av de prioriterte miljøfaktorene med størst helsemessig betydning. Lokal luftforurensning over tid, selv på lave nivåer, viser seg å ha en helseskadelig effekt. Helseeffektene synes å inntre ved lavere konsentrasjoner enn tidligere antatt, og er derfor relevante for norske byer og tettsteder.

Folkehelseinstituttet følger med på forekomst av forurensning og støypager som utgjør en helserisiko i befolkningen. Når det gjelder status og utviklingen i luftforurensning så har nivåene i Norge vært forholdsvis stabile det siste tiåret, med en svak nedgang i forekomst av svevestøv. Tiltak rettet mot transport-sektoren, vedfyring og utslipp fra industrien, er mest effektive for å bedre luftkvalitet (FHI, 2017).

Tall fra Miljødirektoratet i 2013 viste at ca 25 prosent av befolkningen var utsatt for gjennomsnittlig utendørs støynivå på over 55 dB ved egen bolig, og en halv million mennesker var svært plaget av støy. Det er veitrafikken som står for hoveddelen (80 prosent) av utendørs støy (FHI, 2017b). Negative helse-virkninger av støy er knyttet til støy som en stressfaktor som kan påvirke atferd, trivsel, kommunikasjon, hvile og søvn. Senere tids forskning tyder også på en svak sammenheng mellom støy og økt risiko for hjerte-karsykdom (Aasvang, 2012). Kraftig støy kan forårsake hørselsskade.

Arealplanlegging som ivaretar hensynet til befolkningens behov for god luft-valitet og minst mulig støyende omgivelser vil være et viktig virkemiddel med tanke på å forebygge helseproblemer, og samtidig legge til rette for økt trivsel og aktiv bruk av nærmiljøet. Slik tilrettelegging fordrer bredt samarbeid og medvirkning på tvers av fag og etater, organisasjoner, mv .

I 2016 ble det utarbeidet retningslinjer og forskrift for behandling av støy i arealplanlegging (T-1442/2016). Formålet med retningslinjene er «å forebygge støypager og ivareta stille og lite støypåvirkede natur- og friluftsområder» (Klima-og miljødepartementet, 2016).

En lignende retningslinje for behandling av luftkvalitet i plan og bygningsloven (T-1520), kom i 2012, hvor hensikten er å forebygge helseskader av luft-forurensning gjennom god arealplanlegging. Et av tiltakene som foreslås er etableringen av luftforurensningssoner for å sikre at områder med reell luft-forurensning synliggjøres. Nettstedet luftkvalitet.info som drives av Norsk institutt for luftforskning NILU, overvåker luftkvalitet og helserisiko i Norge.

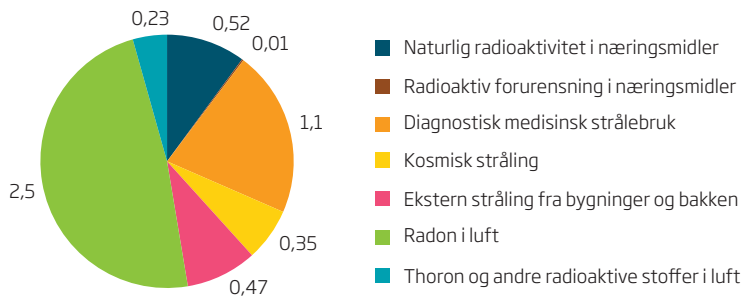
3.6 Strålevern

Stråling kan skilles i to hovedtyper: ioniserende stråling, som røntgen og stråling fra radioaktive stoffer, og ikke-ioniserende stråling som UV og elektromagnetiske felt. Størsteparten av strålingen vi eksponeres for er fra naturlige kilder, slik som kosmisk stråling og UV-stråling fra solen, og fra radioaktive

stoffer i berggrunn og jordsmonn (for eksempel radongass). I tillegg har vi flere menneskeskapte strålekilder, for eksempel røntgenmedisinske diagnostiske undersøkelser som CT og røntgen, lasere, UV-stråling fra solarier og elektromagnetiske felt fra kraftledninger, basestasjoner og mobiltelefoner. De biologiske virkningene ved eksponering avhenger blant annet av stråledosen og stråletypen.

Indikatorer:

- Andel av befolkningen som har målt radon i boligen sin.
- Andel av befolkningen som blir solbrent av hhv. sola i Norge, på sydenferier og i solarier
- Andel av befolkningen som har hørt om og sjekket UV-indeks
- Andel avvik mht. tilfredsstillende alderskontrollsystem i solarier, avdekket ved tilsyn
- Antall registrerte solarier i Strålevernets meldesystem



Figur 3-4 Bidrag til årlig stråledose (5,2 mSv/år) fra forskjellige kilder til ioniserende stråling for en gjennomsnittsperson i Norge. Kilde: Statens strålevern

Den totale gjennomsnittlige stråledosen fra ioniserende stråling til befolkningen i Norge er beregnet til 5,2 mSv/år. Klart størst er dosen fra radon i inneluft.

Fra menneskeskapte kilder står diagnostisk medisinsk strålebruk for det største dosebidraget. En oversikt over den gjennomsnittlige stråledosen til befolkningen fra ulike kilder er vist figuren over (Statens strålevern 2015).

3.6.1 Radon

Radon er en usynlig og luktfri gass som dannes kontinuerlig nede i bakken, særlig i områder med granitt og alunskifer. Både jordluft og grunnvann kan inneholde radon. Radon kan komme inn i innelufta gjennom utettheter mot grunnen eller ved bruk av vann fra borebrønner.

Radon er et inneklimateproblem. I inneluften fører radon til en bestråling av lunger og utgjør en risiko for lungekreft ved innånding. Totalt medvirker radon til rundt 12 prosent av alle lungekrefttilfeller i Norge (Hassfjell, Grimsrud, Standing og Tretli, 2017). Kreftrisikoen øker med radonkonsentrasjonen og med tiden man oppholder seg i en radonutsatt bygning. Nivåene av radon i innemiljøet er ofte høyere om vinteren fordi vi varmer opp husene og lufter mindre. Utendørs vil radonkonsentrasjonen normalt være lav.

Norske boliger har en gjennomsnittlig radonkonsentrasjon på 88 Bq/m³ (becquerel per kubikkmeter luft). Dette tilsvarer en stråledose på 2,5 mSv/år, omtrent halvparten av den samlede årlige stråledosen en gjennomsnittsperson i Norge eksponeres for. Men dette varierer betydelig, da radonkonsentrasjonen i norske boliger varierer fra nær null til flere titalls tusen Bq/m³. Flere og flere har imidlertid målt radon i egen bolig, viser spørreundersøkelser Statens strålevern har fått utført. Tallene, som er gitt i tabell under, viser at i 2017 svarte 24 prosent at de hadde målt. Økningen har vært god de siste ti årene, men svakere de siste tre (Statens strålevern, 2012 og 2017).

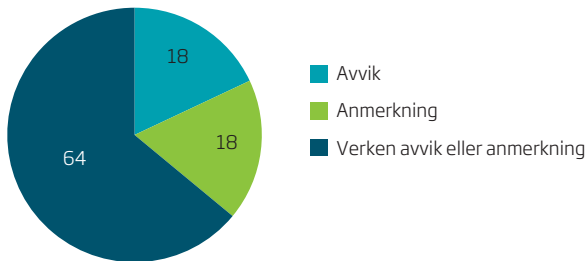
Tabell 3-10 Andel av befolkningen som har målt radon i boligen sin

	2008	2012	2014	2017
Andel av befolkningen som har målt radon	8	14	22	24

Kilde: Statens strålevern

Det er Statens stråleverns oppgave å ha kunnskap om og oversikt over radon-eksponeringen til befolkningen. Strålevernet laget i 2015 aktsomhetskart for hele Norge som viser hvilke områder som har høyere sannsynlighet for at det er høye radonverdier inne i hus. Om lag 10 prosent av norske boliger ligger i områder med høy eller særlig høy aktsomhet (fare for radon). I skoler, barnehager og utleieboliger, som er omfattet av strålevernforskriften, stilles det bindende krav til radonnivåene. Når det gjelder andre bygninger, anbefaler Strålevernet at de skal ha så lave radonnivåer som praktisk mulig og innenfor anbefalte grenseverdier.

Strålevernet og Helsedirektoratet har i samarbeid gitt ut en veileder til bruk for kommunene i deres tilsyn med radonforholdene i skoler, barnehager og utleieboliger. Strålevernet har gjennomført en undersøkelse blant 103 kommuner som vinteren 2016/17 gjennomførte tilsyn med radon i til sammen 470 skoler. I 18 prosent av tilsynene ble det gitt avvik. Vanligste årsak var at skolen ikke var målt eller ikke var målt på en tilstrekkelig god måte (Statens strålevern, 2017b).

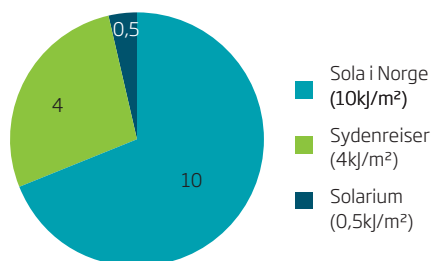


Figur 3-5. Resultater fra en tilsynskampanje om radon på norske skoler vinteren 2016/2017, som viser andel skoler (i prosent) med rapportert avvik, anmerkning eller hverken avvik eller anmerkning. (N=470). Kilde: Statens strålevern

3.6.2 UV-stråling fra sol og solarier

Statens strålevern har som mål å bidra til reduserte stråledoser og forebygge helseskader forårsaket av UV fra sol og solarier. Strålevernet leder nå på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, arbeidet med å utvikle en nasjonal hudkreftstrategi. Strategi og gjennomføringsplan med konkrete tiltak skal være ferdig i 2018. Konkrete mål og indikatorutvikling vil kunne utvikles videre som følge av dette arbeidet.

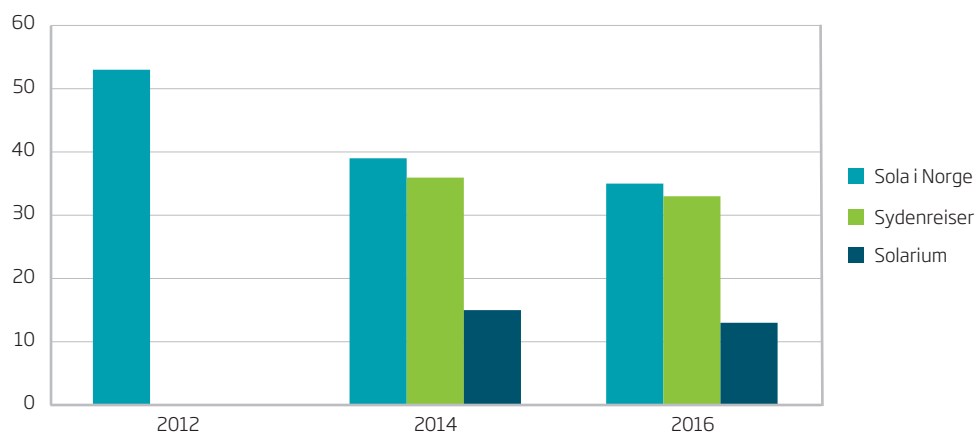
Norge er et av landene i verden med høyest forekomst av hudkreft og høyest dødelighet av føflekkreft. Sola fører til positive effekter, som dannelse av D-vitamin i huden, men for mye UV-stråling kan skade hud og øyne. Lys, nordisk hud blir lett solbrent, og solbrenthet øker risikoen for å utvikle hudkreft. Bruk av solarium øker i seg selv risikoen for hudkreft, mest for dem som startet bruken i ung alder og for dem som bruker solarium ofte og mye.



Figur 3-6 Fordeling av dosebidrag (kJ/m²/år) fra sol og solarier til den gjennomsnittlige befolkningen. En dose på 0,2 kJ/m², også betegnet 1 MED (minimum erythem dose), gir en mild solforbrenning på huden. Kilde: Statens strålevern

Sola hjemme i Norge gir det største dosebidraget av UV-stråling til den norske befolkningen (figur 3-6), og grunnen er at vi er mye utendørs (Statens strålevern, 2015b). I tillegg drar nordmenn stadig oftere på «sydenferier», og disse reisene og bruk av solarium øker UV-eksponeringen betraktelig. De siste tre årene har 3 av 4 nordmenn vært på minst én sydenferie. Omtrent hver femte nordmann bruker solarium minst én gang i året. Unge mennesker eksponeres mest (Kreftforeningen, 2016).

Solbrenthet ser ut til å være et noe mindre problem enn tidligere (figur 3-7). Det kan bl.a. knyttes til økt bruk av solkrem med høyere faktor, særlig på «sydenreiser». Fortsatt opplever omtrent 1 av 3 å bli solbrent, både ute i solen hjemme i Norge og på «sydenferier». Hudkreftstrategien vil anbefale konkrete tiltak som kan redusere solbrenthet ytterligere.



Figur 3-7 Andel av befolkningen som har blitt solbrent hhv. hjemme i Norge, på «sydenferie» og i solarier i løpet av de siste 12 månedene. Kilde: Statens strålevern

UV-indeks er et mål på hvor intens UV-strålingen fra sola er. Jo høyere UV-indeks, desto sterkere stråling. Vi bør generelt bruke solbeskyttelse når UV-indeks er høyere enn 3. Hvor mange som aktivt har sjekket UV-indeks gir indikasjon på hvor oppmerksomme vi er på at solstrålene kan gi helseeffekter. Andelen som har hørt om UV-indeks er stabil over de siste fem årene, og relativt høy, 60 prosent i 2016, mens andelen som faktisk har sjekket UV-indeks er lav (tabell 3-11) (Kreftforeningen, 2016). Meteorologisk institutt og Norsk institutt for luftforskning (NILU) gir daglige UV-varsler innenlands og for utvalgte feriesteder i utlandet. Strålevernet gir oppdaterte målinger av UV-stråling på ni steder i Norge på www.nrpa.no/uvnett.

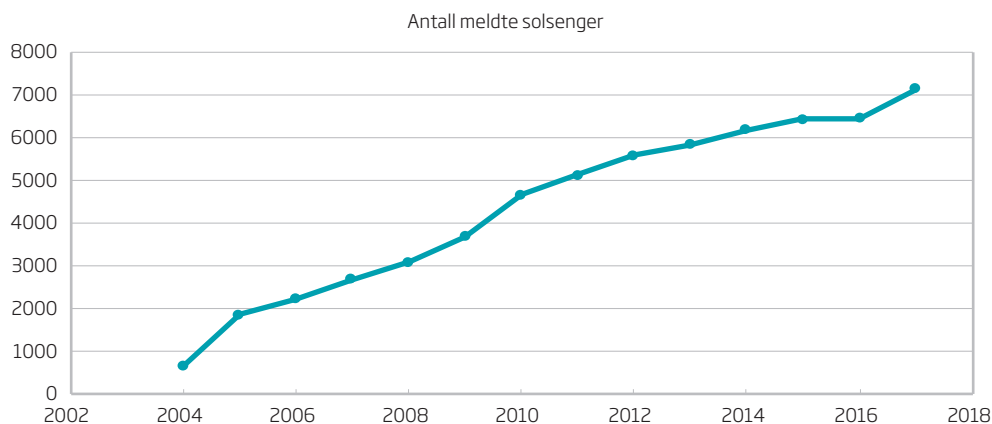
Tabell 3-11 Andel av befolkningen som har hørt om og sjekket UV-indeks en eller flere ganger

Indikator	2012	2014	2016
Andel av befolkningen som har hørt om og sjekket UV-indeks	10	10	14

Kilde: Statens strålevern

Statens strålevern er ansvarlig myndighet for forvaltning mht. stråling fra solarier i Norge, og kommunene har ansvar for å føre tilsyn med solariene, jfr. strålevernforskriften § 60. De siste årene er det innført nye krav som kan redusere UV-eksponeringen fra solarier, bl.a. alderskontroll for å hindre personer under 18 år fra å ta solarium, samt kompetansekrav for aktørene i solariebransjen og krav om å informere kundene om risiko ved solariebruk. Det siste for at kundene skal kunne ta egne informerte valg. Etterlevelse av alderskontrollkravet ble sjekket ved en landsdekkende tilsynskampanje høsten 2017, der nærmere 200 kommuner deltok. Halvparten, det vil si 51 prosent av virksomhetene, hadde ikke tilfredsstillende system.

Figur 3-8 viser antall solarier som er meldt til Strålevernet hvert år siden meldeplikten ble innført i 2004, og utgjør litt over 7000 solarier fordelt på ca. 1300 virksomheter per oktober 2017. Antallet har økt jevnt siden 2004, noe som kan skyldes en økning i tilgjengelige solarier, men også at det tar tid fra innføring av forskriftskrav til det blir kjent blant aktørene. Videre fant Strålevernet (2011) ved en stor tilsynskampanje i 2008 at bare halvparten av solarievirksomhetene hadde meldt virksomheten før tilsynet. Andelen var signifikant høyere i kommuner som tidligere hadde utført tilsyn, 69,4 prosent, sammenlignet med kommuner uten tidligere tilsyn som var 37,9 prosent. Økt tilsyn vil både kunne bedre oversikten over tilgjengelige solarier og øke andelen som overholder krav i strålevernforskriften.



Figur 3-8 Antall solarier og solarievirksomheter som er registrert i Strålevernets elektroniske meldesystem for strålekilder (EMS) fra 2004 til og med 21.10.2017. Kilde: Statens strålevern

3.7 Skader og ulykker

Skader og ulykker er den vanligste dødsårsaken blant personer under 45 år, og utgjør et folkehelseproblem som medfører lidelse, redusert funksjon og livskvalitet. Eldre over 70 år rammes særlig av fall- og bruddskader, noe som medfører høy overdødelighet blant de som rammes.

Helsedirektoratet utgir årlig en rapport om skader behandlet i spesialisthelsetjenesten, og som er rapportert på et felles minimums datasett til Norsk pasientregister (NPR). Skadedatasettet skal gi informasjon om ytre årsaker til skader, og inneholder opplysning om kontaktårsak, skademekanisme, alvorlighetsgrad, aktivitet på skadetidspunktet, skadested, skadetidspunkt og arbeidsgivers bransje. Rapporten *Personskadedata 2016* gir en oversikt over disse opplysningene. Mange skader behandles imidlertid kun i primærhelsetjenesten, så rapporten viser ikke det samlede skadebildet i Norge. Tabellen nedenfor viser skadested fordelt på aldersgrupper.

Tabell 3-12: Skadested fordelt på aldersgrupper. 2016. Prosent

	< 20	20-39	40-59	60-79	80+	Totalt	
						%	Antall
Bolig, boligområde	24,7	27,1	31,6	43,1	59,7	31,5	48690
Vei, gate, fortau, gang-, sykkelvei	9,7	18,8	22,0	22,8	10,6	16,4	25476
Sports-, idrettsområde	26,2	18,9	8,3	2,2	0,4	15,8	24467
Skole, høyskole, universitet, barnehage, sfo	20,9	1,3	1,1	0,4	0,1	7,6	11736
Fri natur, hav, sjø og vann	5,1	7,5	12,4	11,5	2,1	7,9	12180
Institusjon, sykehus, syke-, aldershjem, off kontor	0,4	1,6	1,6	2,5	16,0	2,3	3492
Lekeplass	3,5	0,3	0,2	0,1	0,1	1,3	2075
Jordbruksbedrift, skogbruk	0,3	0,7	1,1	1,2	0,4	0,7	1044
Annet skadested	5,4	18,2	15,5	10,0	5,5	11,5	17812
Ukjent skadested	5,8	5,5	6,2	6,2	5,2	5,1	7980
Totalt antall	51597	41894	30742	20717	10002	100	154952

Kilde: Helsedirektoratet

Tabell 3-12 viser at «bolig, boligområde» var vanligste skadested. Nesten 1/3 av innrapporterte skader var rapportert med denne kategorien. Mange skader ble også rapportert fra «vei, gate, fortau, gang-, sykkelvei», samt «sports- og idrettsområde». Andelen skader varierte betydelig mellom de ulike aldersgruppene. De yngste aldersgruppene ble oftere skadet på skoler og idrettsområder, mens de eldste oftere ble skadet i bolig og på institusjon. Menn skader seg oftere enn kvinner (Helsedirektoratet, 2016c). Folkehelseinstituttet rapport *Skadebildet i Norge* fra 2014 gir et samlet bilde av skader behandlet i både primær- og spesialisthelsetjenesten (FHI 2014d).

Indikatorer:

- Bilbeltebruk i lette kjøretøy
- Barn i alderen 1-3 år som er sikret bakovervendt i bil
- Bruk av sykkelhjelmer
- Bruk av fotgjengerrefleks

I Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen, gikk det fram at «Ulykker i Norge - Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade 2009-2014» videreføres til og med 2018. Målet er å styrke kunnskapsgrunnlaget på skadefeltet slik at reduksjon av ulykker kan tallfestes, og å forbedre det tverrsektorielle arbeidet med forebygging av skader og ulykker.

Når det gjelder indikatorer på skadefeltet, fikk Folkehelseinstituttet våren 2014 i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å foreslå slike. Rapporten «Indikatorer på skadefeltet» ble oversendt HOD høsten 2014. Flertallet av indikatorene i rapporten måler *forekomst* av skader, men den inkluderer også enkelte indikatorer for *forebygging*, for eksempel knyttet til druknings- og brannulykker. Ikke alle måles per i dag, og det gjenstår fortsatt noe utvikling. Instituttets statistikkbanker, som Norgeshelsa, inkluderer foreløpig indikatorer på forekomst. Det eksisterer målbare indikatorer på forebygging innen trafikk-sikkerhet.

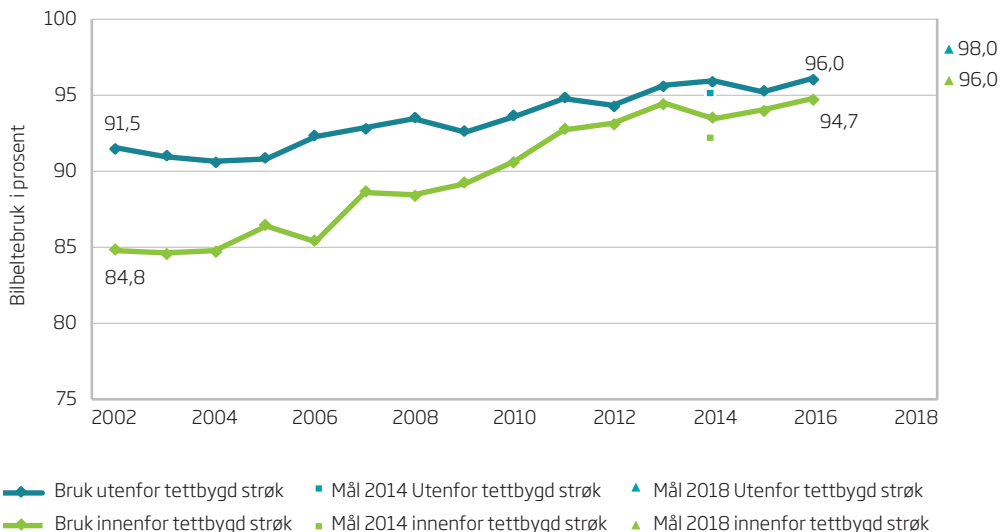
I Nasjonal tiltaksplan for trafikk-sikkerhet på veg 2014-2017 er det valgt ut 19 områder hvor tiltaksutviklingen skal følges. Områdene er valgt ut fra at endring i tilstand vil kunne gi viktige bidrag til redusert antall drepte og hardt skadde. Ny tiltaksplan for 2018-2021 legges fram i 2018, og vil omfatte tilstandsmål for 2022.

Økt sykling kan med dagens utforming av vegnettet medføre flere ulykker. I følge Nasjonal Transportplan er det slik at gående og syklende fortsatt har en betydelig høyere risiko for å bli drept eller hardt skadd per km enn de som kjører bil (Samferdselsdepartementet, 2013). Dette bildet forsterkes ved at det er påvist særlig stor underrapportering når det gjelder eneulykker med sykkel. O-visjonen for trafikk-sikkerhet legges til grunn for arbeidet med å øke sykkeltrafikken, og tiltak for bedre sikkerhet for syklister inkluderes i sektorens generelle trafikk-sikkerhetsarbeid.

Det er viktig å skille mellom faktisk sikkerhet og opplevelse av trygghet. Sikkerhet er risikoen for ulykker basert på statistiske data. Opplevelse av trygghet er hvordan den enkelte vurderer ulykkesrisikoen, basert på følelser (trygghetsfølelse). I enkelte tilfeller er trygghetsfølelsen stor selv om den faktiske sikkerheten ikke skulle gi grunn for det, og omvendt.

3.7.1 Sikring i bil

Figuren under viser utviklingen i bilbeltebruk i lette kjøretøyer i perioden 2002-2016, samt fastsatte mål for 2014 og 2018.

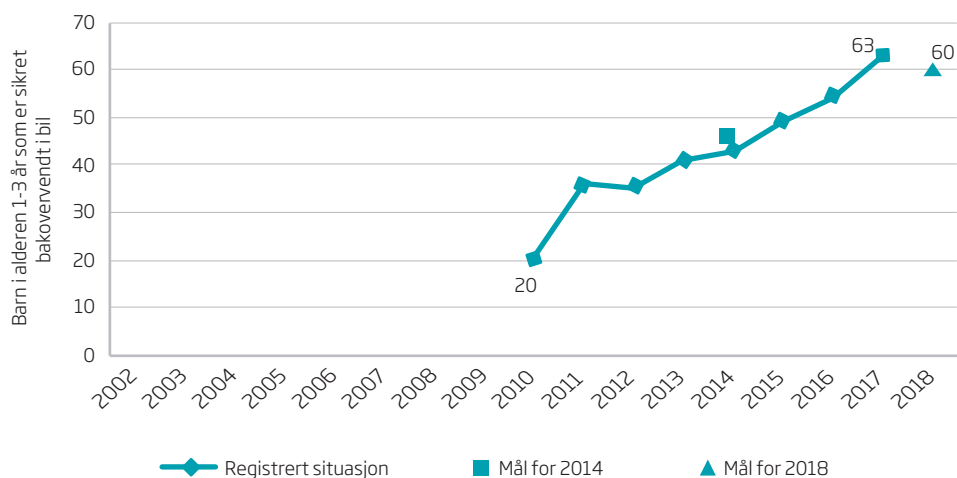


Figur 3-9 Bilbeltebruk i lette kjøretøy - registrert tilstand og mål. Kilde: Statens vegvesen

Statens vegvesen gjennomfører hvert år en registrering av bilbeltebruk i lette kjøretøyer. Figuren over viser en klar positiv trend med økt bilbeltebruk. Figuren viser at den langsiktige trenden er positiv. I 2014 og 2015 var det riktig nok to år med stagnasjon, men resultatet for 2016 viser igjen økt bilbeltebruk, både innenfor og utenfor tettbygd strøk. Målene for 2018, om 96 prosent bilbeltebruk innenfor tettbygd strøk og 98 prosent utenfor tettbygd strøk framstår som krevende, men fortsatt innenfor rekkevidde (Statens vegvesen, 2017).

Trygg Trafikk og If Skadeforsikring gjennomfører hvert år en tilstandsundersøkelse som viser andel barn i alderen 1-3 år som sikres bakovervendt i bil.

Registreringene foretas i hovedsak utenfor barnehager og skoler, og omfatter alle landets fylker. Sikring av barn i bil er påbudt iht. forskrift om bruk av personlig verneutstyr under kjøring med motorvogn.

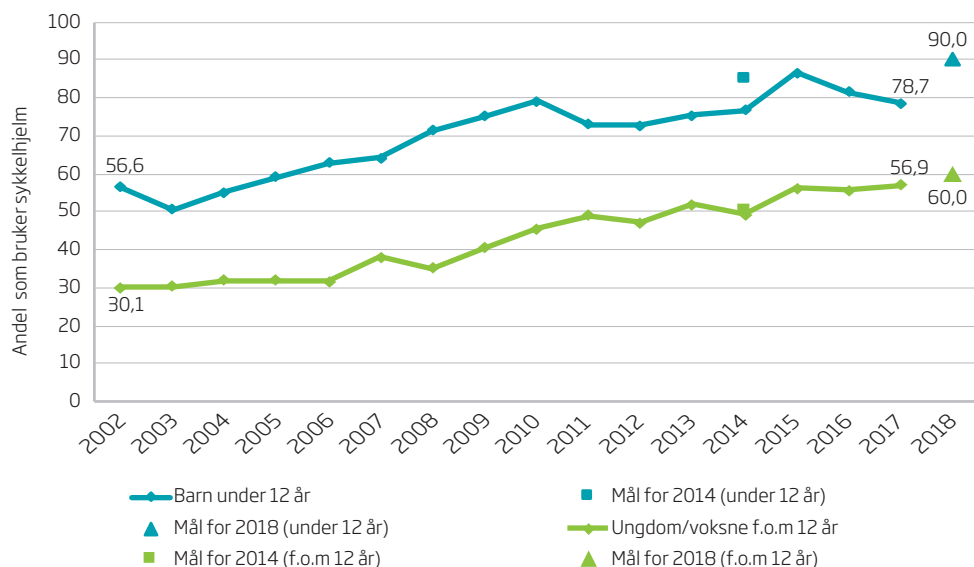


Figur 3-10 Barn i alderen 1-3 år som er sikret bakovervendt i bil – registrert tilstand og mål. Prosent.
Kilde: Statens vegvesen/Trygg trafikk

Fra registreringene startet i 2010 har andelen barn i alderen 1 – 3 år som sikres bakovervendt økt fra 20 prosent til 63 prosent. Det betyr at målsettingen for 2018 ble nådd allerede i 2017.

3.7.2 Sikring av syklister og fotgjengere

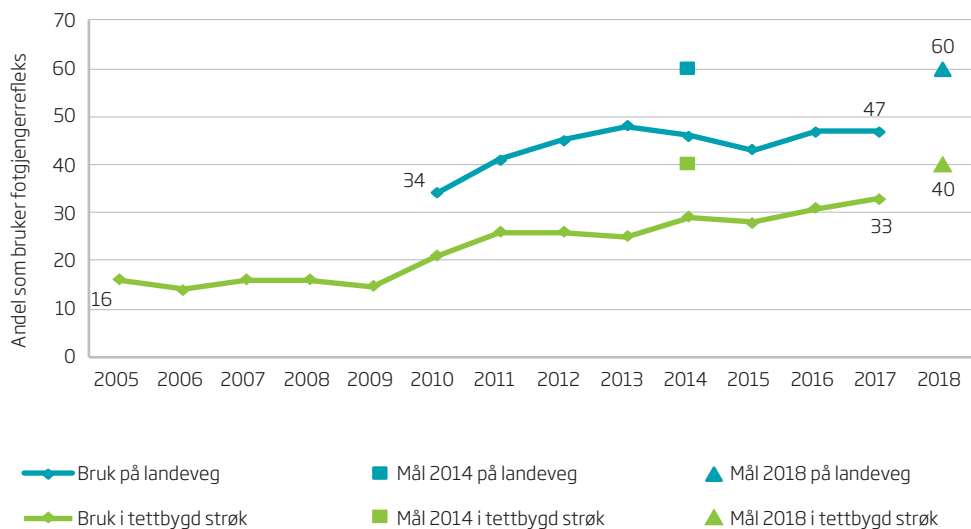
Figuren under viser utviklingen i bruk av sykkelhjelmer i perioden 2002-2016, og fastsatte mål for 2014 og 2018.



Figur 3-11 Bruk av sykkelhjelme – registrert tilstand og mål. Kilde: Statens Vegvesen

Figuren viser at de de siste ti årene har vært en betydelig økning i bruken av sykkelhjelme. Imidlertid er det de to siste årene registrert en negativ tendens når det gjelder bruk av sykkelhjelme blant barn under 12 år. Tilstandsundersøkelsene viser videre at aldersgruppen 12-17 år skiller seg ut med lavere bruk av sykkelhjelme enn andre aldersgrupper.

Figur 3-11 viser utviklingen i bruk av fotgjengerrefleks i perioden 2005-2016 på henholdsvis landeveg og i tettbygd strøk.



Figur 3-12 Andel som bruker fotgjengerrefleks - registrert tilstand og mål. Kilde: Statens vegvesen/ Trygg trafikk

Trenden de siste årene er at refleksbruken i tettbygde strøk er sakte økende, men at bruken på landevei har stått på stedet hvil. Målene i den foregående tiltaksplanen var for ambisiøse, og ble derfor videreført for 2018. Det skal et trendbrudd til for å nå målene innen 2018.

4. Sunne valg

Nedgangen i dagligrøyking fortsetter både blant voksne og unge. Noen flere voksne, men fortsatt alt for få, følger anbefalt minimumsnivå for fysisk aktivitet. Det er også få som følger kostrådene. Alkoholbruken har de siste årene gått noe ned, både i befolkningen generelt og særlig blant ungdom. Det er fortsatt sosiale forskjeller i helseatferd i befolkningen. I tillegg til virkemidler som pris, tilgjengelighet og informasjon, skal samarbeid med næringslivet bidra til å gjøre det enklere å ta sunne valg i hverdagen.

4.1 Helseatferd og helse

Helseatferd som røyking, fysisk aktivitet, kosthold og alkohol har stor betydning for forekomsten av en rekke ikke-smittsomme sykdommer, som hjerte-karsykdommer, type 2 diabetes, kreft og kroniske luftveissykdommer og rus/alkoholrelaterte skader. Bakenforliggende årsaker som utdanning og inntekt kan forklarer sosiale forskjeller befolkningens helseatferd.

World Cancer Research Fund anslår at over halvparten av alle krefttilfeller kan forebygges med endring av levevaner. Forskjeller i levevaner og forekomst av de klassiske risikofaktorene kan forklare en betydelig del av de sosiale forskjellene i dødelighet av hjertesykdom i Norge (Strand og Tverdal 2004), Sverige (Berglund m.fl. 2001) og flere andre land. Norske beregninger viser at hjerte- og karsykdommer, lungekreft og kronisk lungesykdom står for nær 60 prosent av forskjellen i dødelighet før 67 års alder mellom de med kort og lang utdanning (Beaglehole og Magnus, 2002).

Arbeidet for å begrense omfanget av skadelig helseatferd står sentralt i WHOs strategi for å bekjempe ikke-smittsomme sykdommer. I 2012 vedtok organisasjonen et globalt mål- og indikatorrammeverk for å bekjempe ikke-smittsomme sykdommer (WHO, 2013). WHO ser at helseatferd ikke bare er et resultat av individuelle valg, men også henger sammen med sosiale forhold og strukturelle faktorer. I strategien fra WHO understrekes derfor nødvendigheten av å styrke menneskers rammebetingelser for sunn helseatferd. For å følge opp WHO-strategien har Norge en egen strategi for ikke-smittsomme sykdommer som bygger på eksisterende nasjonale handlingsplaner, strategier og retningslinjer. Ambisjonen er at Norge når målet om 25 prosent reduksjon i for tidlig død av disse folkesykdommene før 2025 (Helse- og omsorgsdepartementet 2013). I løpet 2018 vil helsemyndighetene legge fram en revidert strategi for arbeidet mot ikke-smittsomme sykdommer.

Våre levevaner har konsekvenser for miljø og bærekraft; produksjon og forbruk av mat står for en stor andel av Norges klimagassutslipp. Et kosthold i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger sammenfaller i stor grad med et mer bærekraftig kosthold. Redusert matsvinn og et mer plantebasert kosthold vil bidra til redusert miljøbelastning. Rapporten «Bærekraftige kostråd – vurdering av de norske kostrådene i et bærekraftperspektiv» ble utgitt i 2017 av Nasjonalt råd for ernæring. Også andre anbefalinger gir miljøgevinster; tilrettelegging for aktiv transport vil redusere bilbruk, reduksjon i tobakksbruk vil globalt sett kunne frigjøre areal og vann til matproduksjon samt redusere avskoging.

Første del av kapittelet viser vi status på levestilene områdene tobakk, fysisk aktivitet, kosthold og alkohol. Andre del vil vise utvikling og status på virkemiddelbruk og tiltak for en sunnere livsstil.

4.2 Bruk av tobakk

I Norge har vi gjennom mange år sett en positiv utvikling der stadig færre unge røyker. Dette fører til at gjennomsnittsalderen blant dagligrøykere nærmer seg 50 år. Det er imidlertid fortsatt stor forskjell mellom ulike sosiale grupper.

Å forebygge at unge begynner å røyke gir betydelige helsegevinster på lang sikt. For å oppnå helsegevinster på kort sikt, er røykeslutt viktigere. Når man slutter å røyke synker risikoen raskt, særlig for hjerte- og karsykdommer og luftveislidelser. Men også risikoen for utvikling av kols og kreftsykdommer reduseres gradvis fra første dag som røykfri.

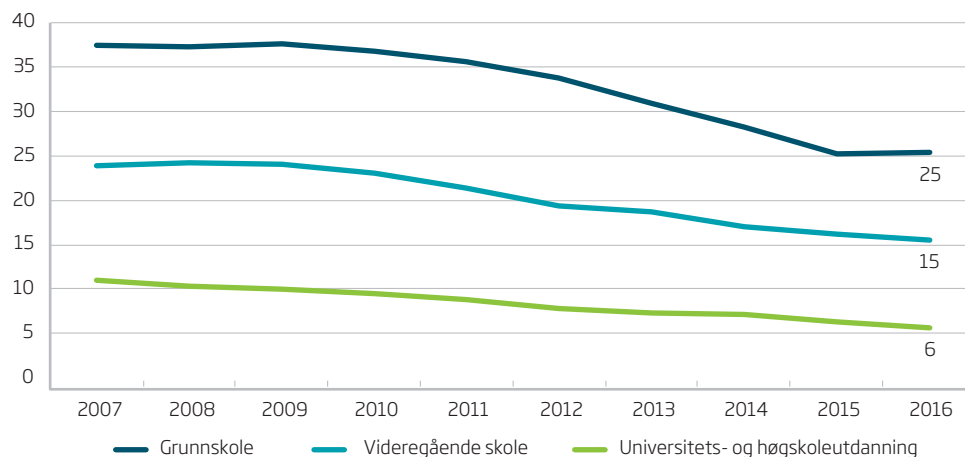
Ifølge Folkehelseinstituttets oppsummering fra 2014 er det også forbundet økt helsefare med bruk av snus (Folkehelseinstituttet 2014).

Indikatorer på bruk av tobakk:

- Daglig røyking blant voksne 16-74 år etter utdanningsnivå (25-74 år)
- Daglig tobakksbruk (røyk og snus) blant ungdomsskoleelever (8.-10. klasse)

Det globale NCD-målet vedtatt av WHO i 2011 er å redusere tobakksbruken med 30 prosent innen 2025. Siden 2011 har andelen røykere i den norske befolkningen (daglig og av og til) gått ned fra 28 til 19 prosent i 2017 og målet er allerede nådd. Når det gjelder snusbruk, har imidlertid utviklingen vært negativ. Fra 2011 til 2017 har andelen snusbrukere (daglig og av og til) økt fra 13 til 16 prosent. Skal målet om 30 prosent reduksjon i snusbruk nås, må man ned til 9 prosent.

Utviklingen i andelen som røyker daglig har vært positiv det siste tiåret. Dette gjelder for hele befolkningen samlet, for begge kjønn, for ulike utdanningsgrupper (figur 4-1) og for de yngste (figur 4-2). Norge er blant de landene med størst nedgang i røyking de siste ti årene.

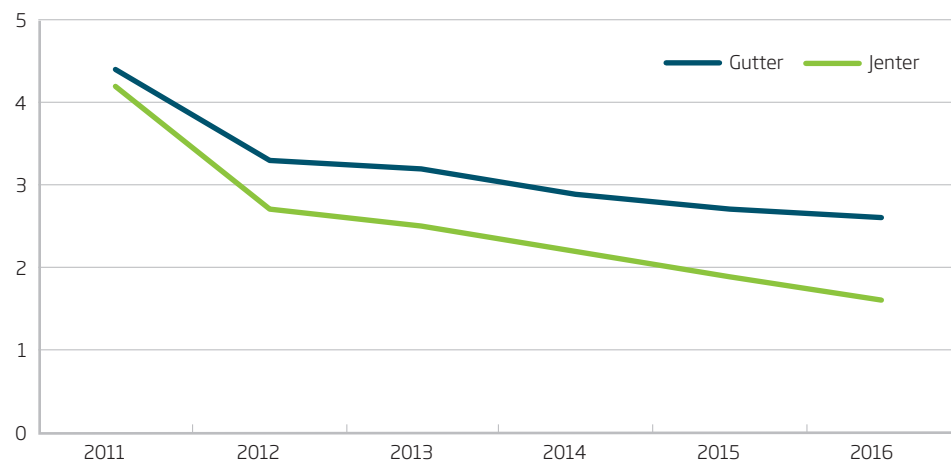


Figur 4-1 Prosentandel som røyker daglig (25-74 år), etter utdanning, 2007-2016. Kilde: SSB/FHI

4.2.1 Tobakksbruk blant ungdom

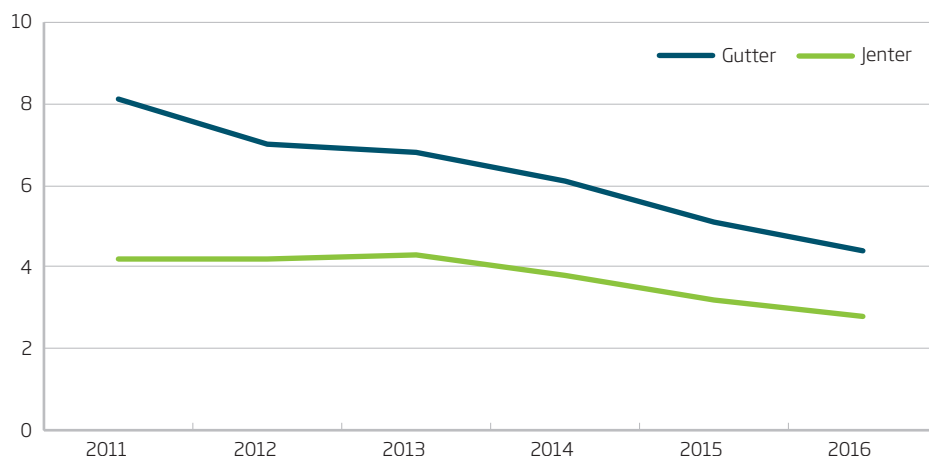
De sosiale forskjellene i tobakksbruk viser seg allerede på ungdomsskolen. Tall fra Ungdata-undersøkelser i perioden 2014-2016 viser at både røyking og snusbruk ser ut til å variere etter sosioøkonomisk bakgrunn (Bakken, 2017).

Det er noe flere røykere og snusere i gruppene som står oppgitt med lavest sosioøkonomisk status, men det er i alle grupper snakk om ganske lave tall for daglig røyking og snusbruk (FHI, 2017c).



Figur 4-2 Prosentandel av ungdomsskoleelever som røyker daglig eller ukentlig, etter kjønn og årstall. 2011-2016. Kilde: Ungdata 2017. Bakken, A. (2017). Ungdata. Nasjonale resultater 2017, NOVA Rapport 10/17. Oslo: NOVA

Når det gjelder daglig bruk av snus var det i lengre tid en økning i andelen, særlig blant unge menn. De senere årene kan det se ut som utviklingen er i ferd med å flate ut.. Snusbruk blant de aller yngste går ned og indikerer dermed også at trenden kan være snudd (figur 4-3).



Figur 4-3 Prosentandel av ungdomsskoleelever som snuser daglig eller ukentlig, etter kjønn og årstall. 2011-2016. Kilde: Ungdata 2017. Bakken, A. (2017). Ungdata. Nasjonale resultater 2017, NOVA Rapport 10/17. Oslo: NOVA

4.3 Fysisk aktivitet og stillesitting

Fysisk aktivitet er et vidt begrep som omfatter lek, friluftsliv, idrett, trening, trim, kroppsøving, aktive transportformer og fysisk arbeid. Alle aktiviteter som innebærer at man beveger seg i hverdagen og bruker kroppen, er fysisk aktivitet. Stillesitting omfatter aktiviteter hvor du beveger deg lite f.eks. se på tv, strikke og spille sjakk.

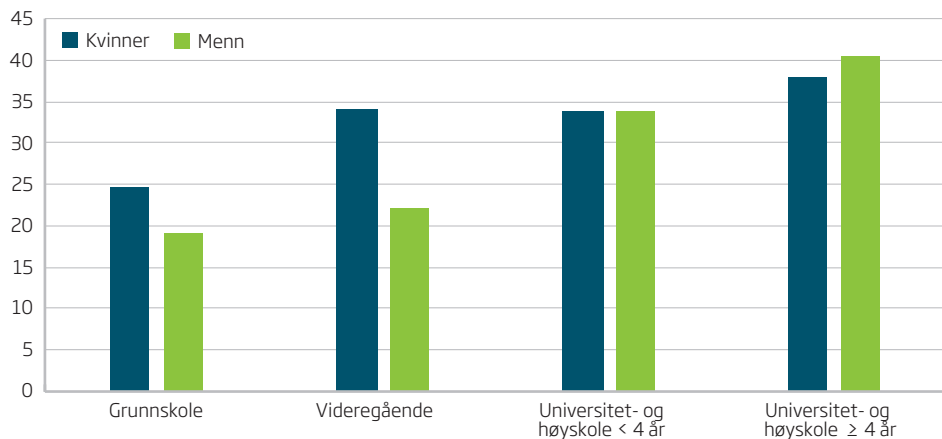
Indikatorer på fysisk aktivitet og inaktivitet:

- Andelen voksne som oppfyller de nasjonale anbefalinger om daglig fysisk aktivitet i befolkningen, etter utdanningsnivå, ved objektivt målt fysisk aktivitet
- Andel gutter og jenter som tilfredsstiller anbefalingene for fysisk aktivitet, etter sosioøkonomisk status
- Tid i ro og andel av våken tid som brukes i ro, etter kjønn og alder, objektivt målt
- Moderat fysisk aktive mer enn 60 minutter per dag blant 6-, 9- og 15-åringer etter sosioøkonomisk status, objektivt målt fysisk aktivitet

Regelmessig fysisk aktivitet er avgjørende for normal vekst og utvikling og har en forebyggende effekt mot en rekke sykdommer. Fysisk aktivitet gir også økt overskudd, virker positivt på humøret og gir mulighet til sosialt samvær. Det finnes god vitenskapelig dokumentasjon for at jevnlig fysisk aktivitet gir en rekke positive helseeffekter.

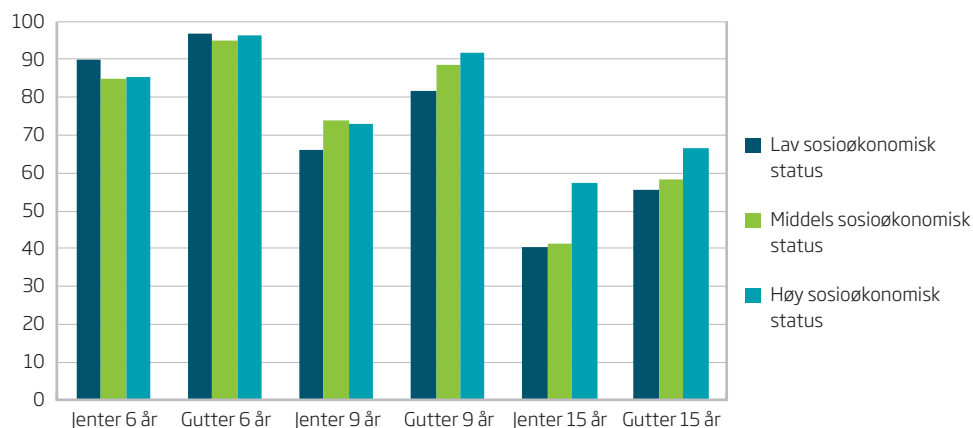
Helsedirektoratet anbefaler at barn og unge er i minst 60 minutter i daglig variert fysisk aktivitet av minst moderat intensitet, slik at barna blir litt and-pustne. Voksne og eldre bør være fysisk aktive i minimum 150 minutter med moderat intensitet (f.eks. rask gange) eller 75 minutter høy intensitet (f.eks. løping) per uke. Det er et nasjonalt mål å øke andelen som kjenner til og oppfyller anbefalingene om fysisk aktivitet. NCD-målet er 10 prosent reduksjon i fysisk inaktivitet fra 2012 til 2025. Objektivt målt fysisk aktivitet viste at andelen voksne som oppfylte gjeldende minimumsanbefaling økte fra 28 prosent til 32 prosent i perioden 2008/2009 til 2014/2015 (Helse-direktoratet, 2015c).

Objektive målinger av fysisk aktivitet fra 2014/2015 viser at en tredjedel av alle voksne kvinner og menn oppfyller nasjonale anbefaling om fysisk aktivitet. Figur 4-4 viser at menn med grunnskole eller videregående skole og kvinner med grunnskole som høyeste fullførte utdanning, er mindre aktive enn menn og kvinner i de øvrige utdanningsgruppene.



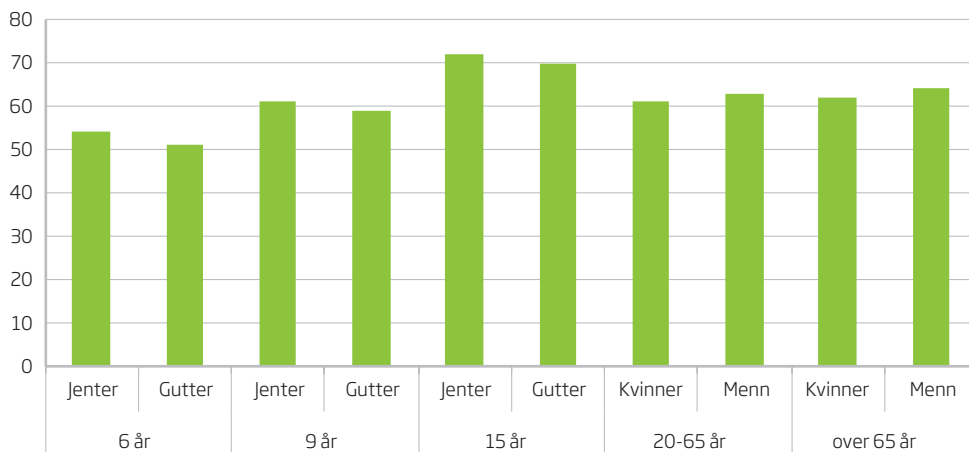
Figur 4-4 Andelen voksne som oppfyller de nasjonale anbefalinger om fysisk aktivitet i befolkningen etter utdanning, 2014/15, objektivt målt fysisk aktivitet. Prosent. Kilde: Helsedirektoratet

Figur 4-5 beskriver andelen som oppfyller anbefalingene for fysisk aktivitet tilsvarende minst 60 minutter med moderat intensitet blant gutter og jenter fordelt på sosioøkonomisk status. Sosialøkonomisk status (SØS) defineres utfra foreldrenes høyeste utdanning, hvor lav SØS er grunnskole og videregående skole, middels SØS er høyskole/universitet < 4 år og høy SØS er høyskole/universitet > 4 år. Av figuren kan det se ut som om høyere utdanning blant foreldrene har en sammenheng med barns oppfyllelse av anbefalingene, spesielt blant 15-årige jenter. Denne forskjellen kan ikke påvises statistisk når en justerer for skole, fylke, etnisitet og måned når aktivitetsnivået er målt (dvs. hvilken tid på året som målingene er gjennomført). Bildet er sammensatt og det er viktig å følge disse trendene spesielt blant de eldre barna og ungdom da det ser ut som om effekten av sosioøkonomisk status øker med høyere alder (Helsedirektoratet, 2012).



Figur 4-5 Andel gutter og jenter som tilfredsstillere anbefalingene for fysisk aktivitet i de tre sosioøkonomiske gruppene basert på foreldrenes høyeste utdanningsnivå. Fysisk aktivitet registrert med aktivitetsmåler. (N=3173) 2011. Kilde: Helsedirektoratet

Helsedirektoratets anbefalinger om redusert stillesitting, går ut på å minske den totale tiden man er i ro for barn, unge, voksne og eldre. Å ta pauser fra stillesitting og utføre lett eller moderat fysisk aktivitet (benstrekker, rolig gåing, ta trappen etc) noen minutter hver time i løpet av dagen, kan ha positive effekter på blodsukkerreguleringen og blodfettet sammenlignet med kontinuerlig stillesitting. Figur 4-6 viser at 15-årige jenter bruker størst andel, 71 prosent, av våken tid i ro, tett fulgt av 15-årige gutter på 70 prosent. Men bildet er komplisert da disse unge gruppene, til tross for at de bruker en stor andel av dagen stillesittende, har et høyere gjennomsnittlig totalt fysisk aktivitetsnivå enn voksne og en høyere andel unge oppfyller anbefalinger for fysisk aktivitet sammenlignet med voksne i alderen 20-65 år (Helsedirektoratet, 2012 og 2015c).



Figur 4-6 Andel av våken tid i ro fordelt på alder og kjønn for barn og unge og voksne, objektivt målt tid i ro, 2011 og 2014/2015. Kilde: Helsedirektoratet

Aktiv transport i hverdagen er en viktig kilde til daglig fysisk aktivitet. En gjennomsnittlig sykkelreise og en gjennomsnittlig gåreise er på henholdsvis 5,1 km og 2,2 km, viser den nasjonale reisevaneundersøkelsen 2013/2014. (Transportøkonomisk institutt, 2014).

Mye trafikk og høy hastighet er velkjente utfordringer når det gjelder å få flere til å benytte aktive transportformer. I storbyene er det de siste årene rapportert om utfordringer for barn og unge å være fysisk aktive til og fra skolen grunnet høy luftforurensning på vinterstid.

Tilrettelegging for aktiv transport omtales i kapittel 3 Trygge og helse-fremmende miljø.

4.4 Kosthold

Kostholdet har endret seg betydelig de siste tretti årene. Vi spiser mindre sukker, og mer grønnsaker og frukt. Likevel har mange fremdeles et kosthold som øker risikoen for å utvikle hjerte- og karsykdommer, kreft, fedme og type 2-diabetes.

Forbruket av grønnsaker og frukt er fortsatt mye lavere enn anbefalt inntak. Inntaket av mettet fett er betydelig høyere enn anbefalt. Saltinntaket er nesten dobbelt så høyt som anbefalt. Høyt saltinntak øker risikoen for høyt blodtrykk og hjerte- og karsykdommer (Cappuccio m.fl.2009, WHO, 2012).

Flere beregninger viser at reduksjon i saltinntaket kan gi store helsegevinster og være meget kostnadseffektivt. Da 70-80 prosent av saltinntaket kommer fra industriebearbeidede matvarer, vil reduksjon i tilsetningen av salt i matvarer gi helsegevinster i befolkningen.

De største ernæringsmessige utfordringene i tiden framover er å øke inntaket av grønnsaker, frukt og bær, grove kornprodukter og fisk, og å redusere inntaket av mettet fett, salt og sukker i alle grupper av befolkningen. NCD-målet er å redusere saltinntaket i befolkningen med 30 prosent innen 2025.

Et kosthold i tråd med Helsedirektoratets kostråd og anbefalinger legger grunnlag for god helse og redusert risiko for ikke-smittsomme sykdommer.

Indikatorer på kosthold:

- Kjennskap til de nasjonale kostholdsanbefalingene etter kjønn og alder
- Andelen barn og unge som spiser grønnsaker minst fem ganger i uken, etter sosioøkonomisk status

I nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2021) er overordnet mål et sunt og variert kosthold i hele befolkningen uavhengig av kjønn, alder, geografi, sosioøkonomisk status, kulturell bakgrunn, funksjonsevne, religion og livssyn. Ett av delmålene er å redusere forskjeller i kosthold mellom ulike sosioøkonomiske grupper. Det er også en målsetting å redusere kostholdsforskjeller mellom menn og kvinner. Det er satt kvantitative mål for endringer i kostholdet innen 2021.

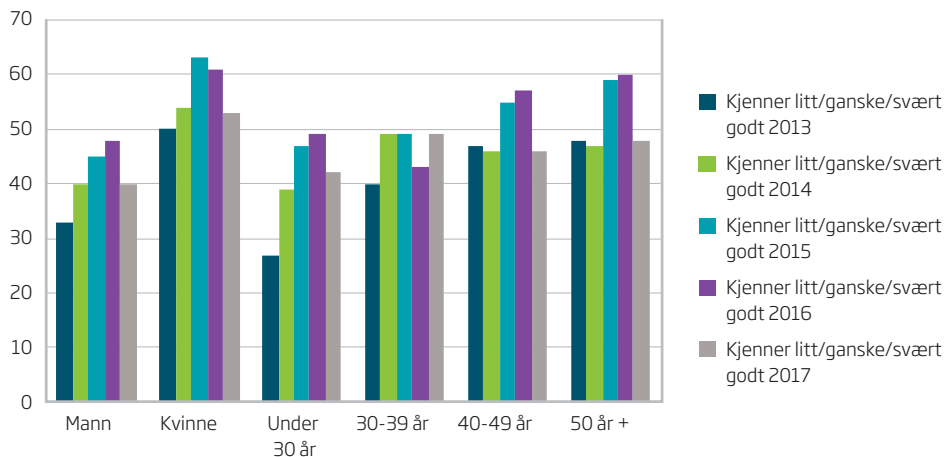
Helsedirektoratets kostråd bygger på en gjennomgang av den vitenskapelige litteraturen om sammenhengen mellom kosthold, fysisk aktivitet og helse, og revideres jevnlig. Det er et nasjonalt mål å øke andelen som kjenner til og har et kosthold i tråd med gjeldende kostråd.

Helsedirektoratets kostråd

1. Ha et variert kosthold med mye grønnsaker, frukt og bær, grove kornprodukter og fisk, og begrensede mengder bearbeidet kjøtt, rødt kjøtt, salt og sukker.
 2. Ha en god balanse mellom hvor mye energi du får i deg gjennom mat og drikke, og hvor mye du forbruker gjennom aktivitet.
 3. Spis minst fem porsjoner grønnsaker, frukt og bær hver dag.
 4. Spis grove kornprodukter hver dag.
 5. Spis fisk til middag to til tre ganger i uken. Bruk også gjerne fisk som pålegg.
 6. Velg magert kjøtt og magre kjøttprodukter. Begrens mengden bearbeidet kjøtt og rødt kjøtt.
 7. La magre meieriprodukter være en del av det daglige kostholdet.
 8. Velg matoljer, flytende margarin og myk margarin, fremfor hard margarin og smør.
 9. Velg matvarer med lite salt, og begrens bruken av salt i matlagning og på maten.
 10. Unngå mat og drikke med mye sukker til hverdags.
 11. Velg vann som tørstedrikk.
 12. Vær fysisk aktiv i minst 30 minutter hver dag.
- Se etter Nøkkelhullet når du handler.

Andelen som følger Helsedirektoratets kostråd er lav. Den nasjonale kostholdsundersøkelsen blant voksne (Norkost, 2010-11) viste for eksempel at 22 prosent av menn og 25 prosent av kvinner spiste anbefalt mengde grønnsaker, frukt og bær. De med lang utdanning hadde et høyere inntak av grønnsaker, frukt og bær og et lavere inntak av saft/brus enn de med kort utdanning (Helsedirektoratet, 2017c).

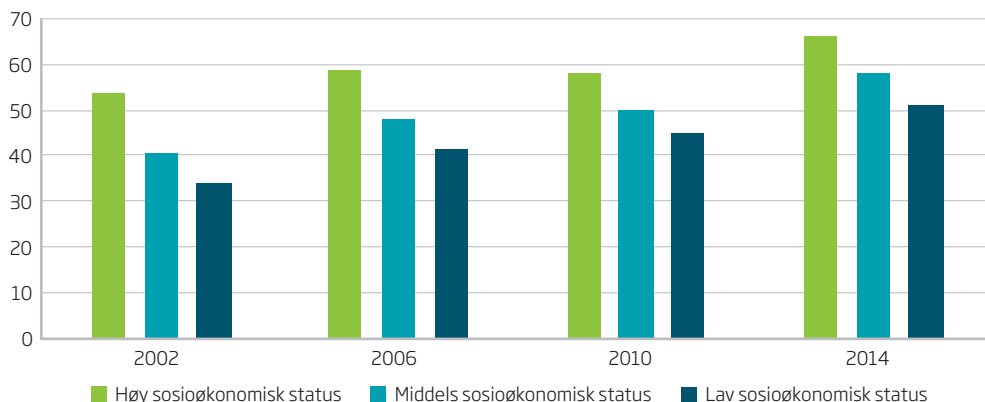
Figur 4-7 viser at kjennskapen til de nasjonale kostholdsanbefalingene har økt siden 2013. I 2017 rapporterte 46 prosent at de kjenner til Helsedirektoratets kostråd, dette er lavere enn i 2016. Kjennskapen til kostrådene har imidlertid økt fra 2016 til 2017 blant de mellom 30-39 år. Flere kvinner enn menn kjenner til kostrådene.



Figur 4-7 Kjennskap til de Helsedirektoratets kostråd etter kjønn og alder. 2013-2017. Kilde: Norstat

Kjennskapen til de enkelte kostrådene god. For eksempel kjenner to av tre til anbefalingen om «fem om dagen», mens syv av ti kjenner til anbefalingen om fisk til middag to til tre ganger i uken.

Også blant barn og unge er det forskjell i kostvaner etter familiens sosio-økonomiske status. Andelen barn og unge (6. kl., 8. kl. og 10.kl.) som oppgir at de spiser grønnsaker minst fem ganger i uken har økt noe, men det er forskjell etter sosioøkonomisk status. For grønnsaker, var andelen i 2014 66 prosent blant de med høy sosioøkonomisk status, mens den var 51 prosent blant de med lav sosioøkonomisk status (figur 4-8).



Figur 4-8 Andelen elever på 6., 8. og 10. klassetrinn som spiser grønnsaker minst 5 ganger i uken, 2002-2014 etter sosioøkonomisk status

Forekomsten av overvekt (kroppsmasseindeks over 25) og fedme (kroppsmasseindeks over 30) øker i de fleste aldersgrupper i Norge, som i mange andre land. Dette er ugunstig for folkehelsen fordi overvekt øker risikoen for hjerteinfarkt, hjerneslag, kreft, type 2-diabetes og muskel- og leddplager. Erfaring viser at det for de fleste er vanskelig å oppnå varig vektreduksjon når man først har blitt overvektig. Forebygging av overvekt og fedme gjennom godt kosthold og regelmessig fysisk aktivitet er derfor av stor betydning. Det globale NCD-målet er ingen økning i andelen med fedme i befolkningen.

4.5 Alkoholbruk

Alkohol har store negative konsekvenser for samfunnet og forårsaker betydelige helsemessige skader. Babor m.fl. (2010) har vist at omfanget av alkoholrelaterte skader i befolkningen henger sammen både med det samlede alkoholkonsumet i befolkningen og drikkemønsteret. Risikoen for alkoholrelaterte skader og problemer er høyest for dem med et høyt alkoholinntak og/eller hyppige beruselsesperioder. Sammenhengen mellom beruselse og skadevirkninger er særlig tydelig når det gjelder vold, trafikkskader og andre ulykker. For denne type skader kan størstedelen av skadeomfanget tilskrives dem med lavt/moderat forbruk (Rossow et al, 2013).

Det nasjonale målet er å bremse økningen i alkoholforbruket i befolkningen og å øke befolkningens kunnskap om sammenhengen mellom alkohol og helse.

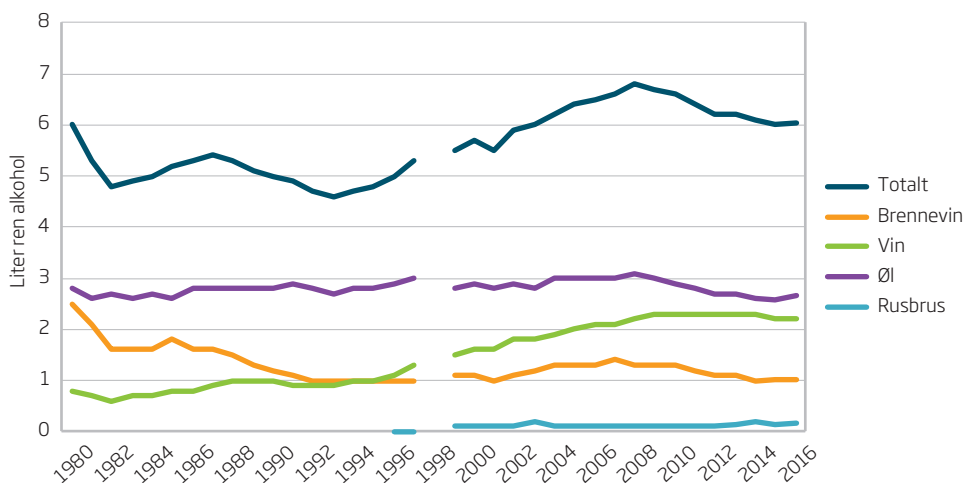
Det er et globalt NCD-mål å redusere skadelig alkoholbruk med 10 prosent innen 2025.

Indikatorer på alkoholbruk:

- Årlig omsetning av alkohol per innbygger 15 år og eldre
- Drikkefrekvens siste 12 måneder i ulike aldersgrupper
- Andel 15-16 åringer som har drukket alkohol noen gang, siste 12 måneder og siste 30 dager
- Andel ungdom som har vært tydelig beruset siste år etter kjønn og klasstrinn

4.5.1 Omsetning av alkohol i Norge

Hvor mye alkohol som omsettes gir oss et bilde av det gjennomsnittlige alkoholforbruket i samfunnet. Figur 4-9 viser årlig omsetning av alkohol per innbygger 15 år og eldre målt i liter ren alkohol, fordelt på øl, vin, brennevin og fruktdrikk (alkoholholdig cider og «rusbrus»), fra 1980 fram til og med 2016.



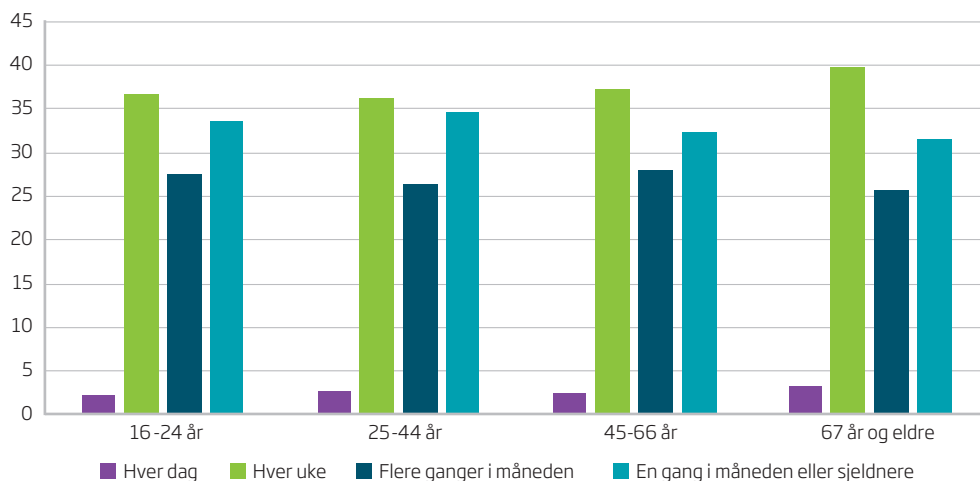
Figur 4-9 Årlig omsetning av alkohol per innbygger 15 år og eldre (liter ren alkohol, registrert omsetning) 1980-2016. Kilde: SSB

Totalomsetningen av alkohol per innbygger 15 år og eldre var relativt stabil fram til midten av 1990-tallet, mens det var en økning fram til 2008. Omsetningen økte fra 4,55 liter til 6,75 liter per innbygger i perioden 1993 til 2008 – en økning på hele 48 prosent. Dette kan langt på vei tilskrives økningen i omsetningen av vin, og særlig introduksjonen av vin i kartong (SIRUS, 2014). Etter 2008 har omsetningen sunket noe igjen fra 6,75 til 6,03 liter ren alkohol per innbygger over 15 år. Dette tilskrives en liten nedgang i omsetningen av brennevin og øl.

I tillegg til omsetning på Vinmonopolet, dagligvarebutikker og serveringssteder, foregår det også lovlig avgiftsfri omsetning av bl.a. alkohol på flyplasser og ferjer i forbindelse med utlandstrafikk. Uregistrert omsetning, som grensehandel, privatimport og smugling, vil også påvirke det norske forbruket. Omsetningstallene over antas derfor å være noe lavere enn det samlede forbruket.

4.5.2 Drikkefrekvens og drikkemønster

For å få et helhetlig bilde av drikkemønster er det nødvendig med informasjon om både drikkefrekvens og beruselsesfrekvens. Data fra Levekårsundersøkelsen 2015 viser at personer i aldersgruppen 67 år og eldre har den hyppigste drikkefrekvens. Figur 4-10 viser drikkefrekvenser for alle som oppga å ha drukket alkohol siste 12 måneder.



Figur 4-10 Drikkefrekvens siste 12 måneder etter ulike aldersgrupper, personer 16 år og over, 2015.

Kilde: Helsedirektoratet/SSB

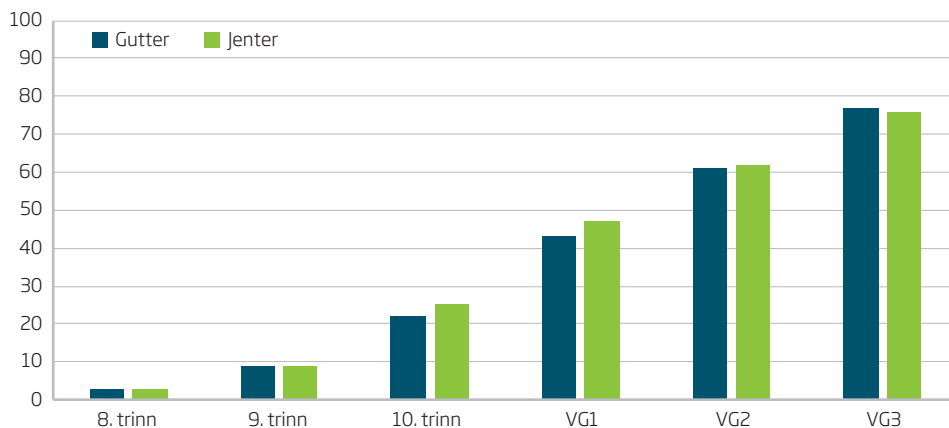
Folkehelseinstituttet, tidligere Statens institutt for rusmiddelforskning - SIRUS, har i samarbeid med Statistisk sentralbyrå gjennomført årlige befolkningsundersøkelser om bruk av rusmidler og tobakk siden 2012. Respondentene er spurt om hvor ofte de har drukket så mye at de har følt seg tydelig beruset, og hvor ofte de har drukket seks alkoholenheter eller fler ved en og samme anledning i løpet av siste 12 måneder. Det å drikke mye ved samme anledning er mer vanlig i de yngste aldersgruppene enn i de eldste.

Ungdoms konsum og drikkemønster kartlegges i hovedsak gjennom spørreundersøkelser. European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) er en stor europeisk skoleundersøkelse som er gjennomført jevnlig fra 1995 til 2015 blant 15-16 åringer. Tallene for norsk ungdom, vist i figur 4-11, viser at et klart flertall av 15-16 åringene oppgir å ha drukket alkohol noen gang i alle fem undersøkelsesårene. Tallen viser midlertid ikke hvor mye de har drukket. Ser vi på andelen som oppgir å ha drukket i løpet av de siste 30 dagene, er denne klart lavere enn andelen som oppgir å ha drukket noen gang og i løpet av de siste 12 måneder.



Figur 4-11 Andel 15-16 åringer som har drukket alkohol noen gang, siste 12 mnd og siste 30 dager 1995 - 2015 Kilde:FHI

Det er jevnt over liten eller ingen forskjell mellom gutter og jenter når det gjelder andel som har drukket, og beruselsesdrikking øker med økende alder (fig. 4-12). Ser vi på utvikling over tid, finner vi at det var en liten økning i andel som oppgir å ha drukket alkohol fra 1995 til 1999/2003, mens det så har vært en klar nedgang fram mot 2015. Dette gjelder for alle kategoriene av drikkefrekvens (FHI, 2016).



Figur 4-12 Andelen av ungdom som har vært tydelig beruset siste år etter kjønn og klassetrinn, 2017.

Kilde: Ungdata 2017, NOVA

4.6 Tilrettelegging for sunne valg

Innsatsen for å påvirke befolkningens helserelaterte atferd er bred og involverer ulike tiltak og virkemidler innenfor flere samfunnssektorer. Målet er å styrke befolkningens muligheter til å ta informerte valg og legge forholdene til rette for å gjøre det enkelt å foreta sunne valg.

Det er også et mål å utjevne de sosiale forskjellene i helseatferd da disse i stor grad påvirker sosial ulikhet i helse og forventet levealder.

Indikatorer for tilrettelegging av sunne valg:

- Utvikling i konsumprisindeks på alkohol, tobakk, mat og drikke
- Indeks for forholdet mellom nominell prisindeks for ulike drikkesorter og indeks for lønn per normalårsverk
- Antall sjenkesteder 1981-2015

Vi vil i tillegg til indikatorene også omtale øvrige tiltak som skal gjøre det enklere å foreta sunne valg.

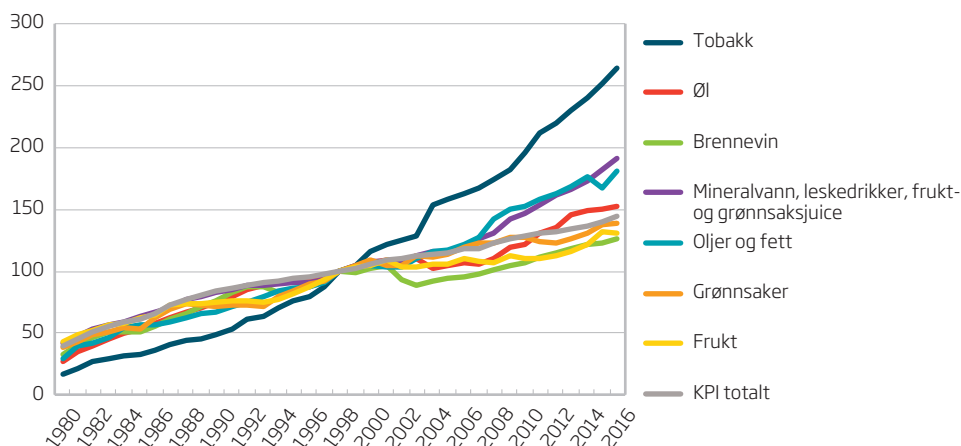
4.6.1 Prisutvikling på alkohol, tobakk, mat og drikke

Pris er et viktig virkemiddel for å påvirke sunne valg. For eksempel bidrar høy pris på tobakk både til å hindre rekruttering til røyking, men fungerer også som motivasjon for røykeslutt.

Vi vet at pris på alkohol har betydning for etterspørsel, forbruk og skadeomfang.

Det er et mål å opprettholde prisnivået på alkohol og tobakk. I Norge er det særavgifter på sukkerholdige varer gjennom avgift på husholdningssukker, drikkevarer og sjokolade- og sukkervarer.

I løpet av de siste 20 årene viser utviklingen at konsumprisindeksen for tobakksvarer har steget vesentlig mer enn konsumprisindeksen totalt. I løpet av de siste 10 årene har konsumprisindeksen for oljer/fett og mineralvann/leskedrikker/juice også steget mer. For alkoholholdige drikkevarer, frukt og grønnsaker har utviklingen i konsumprisutviklingen ligget tett på totalindeksen.

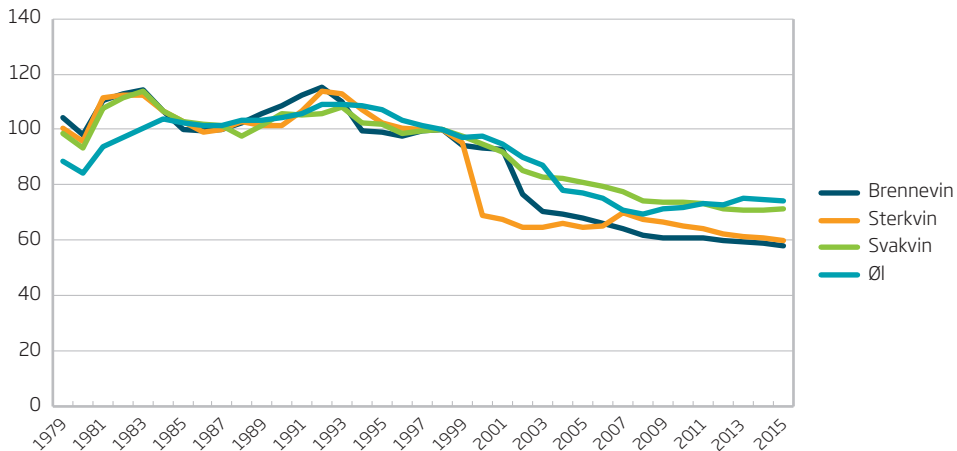


Figur 4-13 Utvikling i konsumprisindeks på alkohol, tobakk, grønnsaker, frukt, oljer og fett og alkoholfri drikke, målt i kroner (1998=100), 1980-2016. Kilde: SSB

Alkoholavgiften er et av de viktigste virkemidlene for å påvirke alkoholprisene i Norge. Avgiften fastsettes hvert år i statsbudsjettet og følger i hovedsak konsumprisindeksen. I tillegg fungerer avgiftssystemet på den måten at avgiften øker med graden av alkoholkonsentrasjon – høyere alkoholprosent gir høyere avgift.

I tillegg til realprisindekser er det også beregnet indekser for forholdet mellom pris på de forskjellige alkoholtypene og gjennomsnittlig lønn per normalårsverk

for lønnstakere – se figur 4-14. Indeksene uttrykker hvordan prisene på alkohol har utviklet seg i forhold til folks kjøpekraft. Ettersom lønningene har økt mer enn prisene på alkohol, er alkohol blitt «billigere» målt i arbeidstid. Dette gjør seg mest utslag i den relative prisutviklingen for sterkvin og brennevin på grunn av avgiftsnedsettelse som ble gjort i henholdsvis 2000 og 2002/2003 (SIRUS, 2014).



Figur 4-14 Indeks for forholdet mellom nominell prisindeks for ulike drikkesorter og indeks for lønn per normalårsverk fra Nasjonalregnskapet 1979-2013 (1998=100). Kilde: Helsedirektoratet/SSB

4.6.2 Samarbeid med matvarebransjen

Formålet med samarbeidet mellom helsemyndighetene og matvarebransjen er å legge til rette for at forbrukeren har lettere tilgang til sunne matvarer, samtidig som at matvarebransjens kommersielle interesser ivaretas. Et samarbeidsområde er merkeordningen for nøkkelhullet som har til hensikt å hjelpe forbrukeren til å velge et sunnere alternativ i innkjøpssituasjonen. Et annet samarbeid er saltpartnerskapet med matvarebransjen der målet er å redusere saltinnholdet i ulike matvarer. Et tredje samarbeidsområde er Matbransjens Faglige Utvalg (MFU) som er opprettet i samråd med myndighetene, og som er et organ for bransjens selvregulering av markedsføring av mat og drikke rettet mot barn. Helsedirektoratet er myndighetenes representant i MFU. I desember 2016 ble intensjonsavtalen om tilrettelegging for et sunnere kosthold signert mellom helsemyndighetene og matbransjen. Intensjonsavtalen omfatter seks innsatsområder og varer fra 2017-2021.

4.6.3 Nøkkelhullet

Helsedirektoratet har løpende dialog med matvarebransjen omkring nøkkelhullmerkeordningen. Fra bransjens side ønskes det at helsemyndighetene fremmer merket i befolkningen slik at ordningen gjøres kjent. Det totale antall nøkkelhull-sprodukter økte fra 400 til 1980 produkter i perioden 2009-2014. Antall produkter har økt ytterligere til 2229 produkter ved utgangen av 2016. Det er flest produkter med Nøkkelhullet innenfor kjøttprodukter, fiskeprodukter, kornvarer og grønnsaker og frukt.

4.6.4 Saltpartnerskap

Nordmenn spiser dobbelt så mye salt som anbefalt og mesteparten av saltinntaket kommer fra industriebearbeidede matvarer og mat spist på serveringssteder. For å lykkes i arbeidet med å redusere saltinntaket i befolkningen fra dagens ca. 10 gram per dag til 5 gram per dag på lang sikt, trengs en nasjonal dugnad for saltreduksjon. Helsedirektoratet har derfor initiert et saltpartnerskap hvor samarbeidet er formalisert. Mange relevante aktører fra matvare- og serveringsbransjer, forsknings- og interesse miljøer samt myndigheter deltar i partnerskapet.

I 2017 er 76 virksomheter og organisasjoner tilsluttet avtalen, mot 56 partnere ved etableringen i 2015. Som et første konkret prosjekt har bransjeaktører i fellesskap utarbeidet mål for saltinnhold i ca. 100 matvarekategorier som skal nås i løpet av 2018. Monitorering, forskning, bedre merking og informasjon til forbrukere, er andre sentrale oppgaver for saltpartnerskapet.

4.6.5 Markedsføring av usunn mat og drikke

Matbransjens faglige utvalg (MFU) er bransjens egen ordning. Ordningen omfatter retningslinjer om markedsføring av mat og drikke rettet mot barn og en utdypende veiledning som sammen med en produktliste angir det omfanget som ordningen har. Formålet med retningslinjene er å supplere og utdype eksisterende lovverk og bidra til en god og ansvarlig markedsføringspraksis.

Siden etablering av ordningen i 2014 har utvalget fattet 43 vedtak (per vår 2017). I tillegg har utvalget forhåndsvurdert 67 markedsføringsplaner fra aktører i bransjen. MFU har en egen nettside hvor vedtak og klageskjema er tilgjengelig (www.mfu.as). Det avholdes møter mellom helsemyndighetene og MFU ca. to ganger i året. MFU ordningen ble evaluert i 2016, og oppfølging av

evalueringen pågår. Arbeid relatert til markedsføring av mat til barn følges også opp i nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2021).

4.6.6 Intensjonsavtale om et sunnere kosthold

Det ble i 2016 inngått en intensjonsavtale om tilrettelegging for et sunnere kosthold mellom helsemyndigheter og matvarebransjen innenfor seks innsatsområder. Avtalen varer fra 2017 til 2021 med mulighet for forlengelse. Gjennom avtalen forplikter partene seg til å bidra til å redusere innholdet av salt, tilsatt sukker og mettet fett, samt øke inntaket av frukt og grønt, fisk og sjømat og grove kornprodukter i befolkningen. Alle tilsluttede aktører skal i tillegg bidra til å endre forbrukeratferd i sunnere retning og monitorere utviklingen i kostholdet. De overordnede målene i avtalen er knyttet opp mot målene i nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2021). Per 2017 har 74 virksomheter og organisasjoner sluttet seg til avtalen. Helsedirektoratet har sekretariatsfunksjon for avtalen og en ekstern tredjepart (Forskningsstiftelsen Fafo) har ansvar for å evaluere arbeidet gjennom hele avtaleperioden.

4.6.7 Innsats for redusert tobakksbruk

En streng tobakkslovgivning for å begrense tilgjengeligheten til og bruken av tobakksvarer blir sett på som et egnet virkemiddel for å bidra til at færre røyker eller bruker snus, siden den treffer alle likt. Slike tiltak har et potensial for å redusere ulikhet i røyking (Dahl, Bergsli og van der Wel, 2014).

Det er i Norge røykeforbud innendørs de fleste steder, bortsett fra i private hjem og noen unntatte institusjoner. Tobakksvarer har siden 2010 vært skjult i butikkene, og evalueringen av ordningen kom til at forbudet mot synlig oppstilling kan ha betydning både når det gjelder å forebygge røykestart blant unge, og å gjøre det lettere å forbli røykfri for de som prøver å slutte. Videre antar man at disse effekten av oppstillingsforbudet kan øke på lengre sikt (Statens institutt for forbruksforskning SIFO, 2011).

Aldersgrensen for kjøp av tobakk på 18 år, vil få bedre tilsyn fra 2018 når tilsynet er gitt kommunene sammen med en registreringsplikt for alle utsalgssteder. Det har dessuten vært reklameforbud i over 40 år, og i 2017 ble det innført standardiserte tobakkspakninger, der produsentenes logoer og farger ikke lenger kan brukes. Sigarettpakkene har siden 2011 hatt bildeadvarsler, og ikke bare tekstlige helseadvarsler. I 2018 vil advarslene bli enda større. Bildeadvarsler gjør at budskap blir lettere å oppfatte uavhengig av språk.

Kommunikasjons- og kampanjetiltak

I ungdomsskolen tilbys undervisningsprogrammet FRI, med informasjon om tobakk og med vekt på både sosial, muntlig og digital kompetanse. I ungdomsskolen treffer man alle elevene, i all hovedsak før noen har begynt med regelmessig bruk av tobakk.

Det er videre gjennomført tobakkskampanjer over mange år, og tilpasning til målgruppa står sentralt. De senere årene har mange av røykesluttkampanjene og kommunikasjonstiltakene vært rettet mot de gruppene der det er flest røykere, ut fra forhold som f.eks. alder og utdanning. Tilpasning kan skje f.eks. ved utforming av budskap, valg av virkemidler og kanaler.

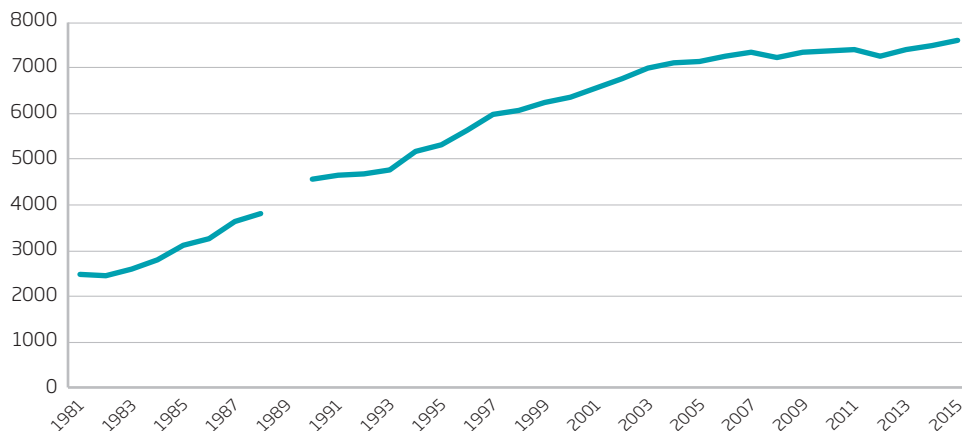
Røykeslutttiltak

Hjelpemidler for å slutte å røyke er oftest av mer individuell art, og vil kreve en del egeninnsats. Det er en kostnad knyttet til legemidler for røykeslutt, som kan fungere som en terskel for mange. Røykeslutt er heller ikke tilstrekkelig systematisert som tilbud i helsetjenesten. Det finnes imidlertid muligheter for å få hjelp individuelt eller i grupper i kommuner som har en frisklivssentral. Andre hjelpemidler er digitale, som bl.a. appen Slutta, som er lastet ned over en halv million ganger.

4.6.8 Alkoholpolitiske virkemidler

Ved siden av vinmonopolordningen, er bevillingssystemet for omsetning av alkohol et viktig virkemiddel i norsk alkoholpolitikk. Det er kommunene som i all hovedsak gir bevillinger for salg og skjenking av alkohol (med unntak av skjenkebevillinger på tog, fly, skip og Forsvarets befalsmesser der det gis statlige bevillinger). Både antall skjenke- og salgssteder, og deres åpningstider har betydning for forbruk og alkoholrelaterte skader.

Figur 4-15 viser at i perioden fra 1980 og fram til 2015 har det totale antallet skjenkesteder med kommunal bevilling mer enn tredoblet seg, fra 2493 i 1980 til 7 589 i 2015.



Figur 4-15 Antall skjenkesteder (unntatt steder med statlig skjenkebevilling) 1981-2015. Kilde: FHI

Antall kommuner uten skjenkesteder for alkohol har sunket fra 11 i 1980 til 4 i 2015.

Tidligere var det vanlig å gi skjenkebevilling kun til alkoholgruppe 1, eller til gruppe 1 og 2.

I 1980 gjaldt dette for 75 prosent av bevillingene. I dag gir 88 prosent av bevillingene anledning til å servere drikk i alkoholgruppe 3. Dette indikerer en liberalisering av bevillingspraksisen. Det er imidlertid viktig å merke seg at på grunn av endring i spørsmålsstillingen i 2008, fra å spørre etter antall skjenkesteder til antall skjenkebevillinger, er ikke tallene fra tidligere år direkte sammenliknbare.

Alkoholgruppene

Alkohol er delt inn i tre grupper etter styrke:

- Gruppe 1 - all drikk over 2,5 til og med 4,7 volumprosent alkohol
- Gruppe 2 - all drikk over 4,7 til og med 22 volumprosent alkohol
- Gruppe 3 - all drikk over 22 til og med 60 volumprosent alkohol

Salgsbevillinger for alkoholholdig drikk i gruppe 1 (øl, cider og rusbrus) har hatt en gradvis nedgang de siste 20-25 årene. Den geografiske tilgjengeligheten har likevel økt, da det fra 2003 har vært mulig å kjøpe alkohol i gruppe 1 i alle

landets kommuner. I 1980 var dette ikke en mulighet i ca. halvparten av landets kommuner. Det er den enkelte kommune som gir bevilling til AS Vinmonopolet om å etablere utsalgsted etter søknad. Fra 1998 til utgangen av 2017 har antallet Vinmonopolutsalg økt fra 120 til 333 på landsbasis. Det har vært en økning i alle fylker. Ut over økningen i utsalg er overgangen fra disksalg til selvbetjening en viktig endring. De første selvbetjente vinmonopolutsalgene ble innført i 1999, og i 2011 ble alle utsalgene selvbetjente (Sirus, 2014).

Kommunene har selv ansvar for kontroll av de salgs- og skjenkebevillingene de har utstedt (Jf. Alkoholoven § 1-9). Hvert sted skal kontrolleres minst en gang i året og det skal gjennomføres minst tre ganger så mange kontroller som det er salgs- og skjenkesteder i kommunen. I følge den årlige kommuneundersøkelsen gjennomført av Folkehelseinstituttet, som gir en oversikt over kontrollene i de største kommunene, framkommer det at disse stort sett overholder pålegget om minst tre årlige kontroller per bevilling. Det er et mindretall av kommunene som rapporterer at kontrollene har avdekket overtredelser. I 2015 ble det fra 98 kommuner rapportert 418 overtredelser på salgsbevillinger, mens 161 kommuner rapporterte 1014 overtredelsen på skjenkebevillinger.

Hvorvidt det reageres på en overtredelse (brudd på alkoholoven), er langt på vei avhengig av kommunens vurdering av alvorlighetsgrad. I 2015 var det 5 kommuner som rapporterte om til sammen 12 inndragelser av salgsbevillinger, og 33 kommuner som rapporterte om til sammen 125 inndragelser av skjenkebevillinger.

4.6.9 Rusforebygging i arbeidslivet

En rusmiddelpolicy er et effektivt verktøy for å forebygge risikofylt rusmiddelbruk blant arbeidstakere (Frøyland 2014), og regulering av alkoholbruk i jobbsammenheng har stor oppslutning blant norske arbeidstakere. En befolkningsundersøkelse gjennomført av Folkehelseinstituttet viser at mer enn 9 av 10 ønsker retningslinjer for alkoholbruk i arbeidstiden, og nær 7 av 10 ønsker retningslinjer for alkoholbruk i jobbrelaterte situasjoner utenom ordinær arbeidstid. Om lag 8 av 10 mener at arbeidsplassen bør ha ordninger for ansatte med problemer knyttet til alkoholbruk (Moan og Halkjelsvik, 2016).

Helsedirektoratet har i 2017 utviklet og lansert faglige råd for rusmiddelforebygging i offentlig sektor, Rusoff- rådene. Rådene gir veiledning om hvordan etablere, utvikle og følge opp en rusmiddelpolicy på arbeidsplassen gjennom arbeidet med helse- miljø- og sikkerhet (HMS). Rusoff er spesielt tilpasset arbeidsplasser i offentlig sektor, men kan også benyttes av andre sektorer.

Det anbefales at alle offentlige virksomheter utvikler retningslinjer for alkoholbruk og annen rusmiddelbruk i jobbrelevante situasjoner, og samtidig lager rutiner for hvordan eventuelle negative konsekvenser av rusmiddelbruk kan håndteres. Retningslinjene bør ha et forebyggende fokus og gjelde alle ansatte, men også inneholde rutiner for håndtering av ansatte med rusmiddelproblemer. I tillegg anbefales det å utvikle tiltak for å fange opp ansatte som står i fare for å utvikle et risikofylt alkoholkonsum eller som har andre rusmiddelproblemer.

Rusoff skal evalueres av Folkehelseinstituttet i forbindelse med en pågående befolkningsundersøkelse om arbeidsliv og rus. Denne undersøkelsen har pågått siden 2015, og vil fortsette frem til 2021. Formålet med befolkningsundersøkelsen er å belyse følgende temaer:

- Alkoholbruk i arbeidssammenheng og i gråsonen mellom arbeid og fritid.
- Alkoholrelatert sykefravær og nedsatt yteevne grunnet alkoholbruk.
- Andre mulige konsekvenser av alkoholbruk for arbeidslivet – både positive og negative.
- Alkoholkultur, regulering av alkoholbruk, og håndtering av problemer knyttet til alkohol.

Rusoff skal evalueres ved hjelp av data innhentet før implementering (2015 – 2017) og etter implementering (2018 – 2021). Rusoff-rådene finnes på Helse- og sosialdepartementets nettsider.

5. Oppvekst

Barnehagedekningen i Norge er høy. For aldersgruppa 1-5 år har det vært en økning av dekningsgraden på over 10 prosentpoeng fra 2008 til 2016. Økningen har vært størst blant 1-2 åringene. Her har andelen barn i barnehage økt fra 62 prosent i 2008 til 82 prosent i 2016. Det er en lavere andel minoritetsspråklige i barnehage enn for den øvrige befolkningen, særlig blant de yngste. Men andelen minoritetsspråklige barn som går i barnehage er økende. Andelen ansatte med barnehageutdanning har økt de siste årene og er nå nesten 40 prosent. Antall ansatte per barn har også økt, og personaltettheten er større i kommunale barnehager enn i de private. Elevundersøkelsen viser at de fleste barn og unge trives på skolen og har en god relasjon til sin lærer. Det er en klar sammenheng mellom mobbing og nedsatt trivsel. Skoleprestasjoner henger sammen med foreldrenes utdanningsnivå og dette mønsteret er rimelig stabilt. Skoleprestasjoner i grunnskolen er en sterk prediktor for frafall i videregående opplæring. 27 prosent av elevene

som startet videregående opplæring i 2011 fullførte ikke innen fem år. Siden 2014 har det vært en nedgang i andelen elever som hadde vedtak om spesialundervisning. Denne andelen er i 2016 på 8 prosent. Flere barn og familier mottar bistand fra barnevernet. Det er flest barn i aldersgruppen 6 - 12 år som mottar barnevernstiltak. Majoriteten av barn og unge som blir anmeldt for et lovbrudd, gjør dette bare en gang. Fra 2012 til 2016 har det vært en nedgang i registrert kriminalitet blant barn og unge 10-22 år.

5.1 Oppvekst og helse

En god oppvekst kan beskrives som en tilværelse preget av trygg og stabil tilknytning til omsorgspersoner, gode voksenmodeller og velfungerende barnehage, skole og nærmiljø. For at barn og unge skal oppleve mestring og bygge ressurser er det viktig å utvikle deres selvfølelse og egenverd, og spesielt følelsen av å kunne mestre hverdagslivets utfordringer og problemer. En god oppvekst er viktig for hvert enkelt barn, familien, deres nære omgivelser og for hele samfunnet.

De fleste norske barn har det bra og har gjennomgående god helse. Men for en del barn og unge påvirker dårlig familieøkonomi og svekkede materielle levekår deres hverdag og utvikling negativt (Helsedirektoratet, 2015).

Både barnehagen og skolen er viktige arenaer for læring, for å etablere sosiale relasjoner, og for utvikling av selvfølelse og selvtillit. Dette er igjen grunnleggende forutsetninger for motivasjon, mestring og troen på egne evner til å gjennomføre en utdanning.

Barnehager med høy kvalitet vil også kunne bidra til å redusere senere frafall i skolen, og sørge for at barn fra ulike sosiale lag får et jevnere utgangspunkt ved overgang til skole (Havnes og Mogstad 2009; Dearing m.fl. 2014; Barnett 2013; Ruhm og Waldvogel 2012).

Det er en sammenheng mellom utdanning og helse, men årsaksforholdene er sammensatte.

Utdanning gir barn og unge ressurser og påvirker personlige og psykologiske egenskaper, som igjen vil ha helsemessige konsekvenser (Mæland 2010). Utdanningen påvirker også fremtidige levekår i bred forstand, og derfor hvilke helsefremmende og helsebelastende omstendigheter en utsettes for. Mange

levestandard, arbeidsforhold, livsstil og psykologiske belastninger (Elstad 2008).

Utdanningsnivået i Norge har aldri vært høyere enn nå. I følge Utdanningsdirektoratet gikk andelen av befolkningen i alderen 16 til 66 år som har grunnskole som høyeste utdanningsnivå ned fra 48 til 27 prosent og andelen som hadde universitetsutdanning gikk fra 11,3 til 32,9 prosent i perioden 1980 til 2016.

Det er en stor folkehelseutfordring at mellom 25-30 prosent av unge ikke gjennomfører videregående opplæring innen fem år. Personer uten videregående opplæring har økt risiko for levestandard- og helseproblemer og svekket utdannings- og arbeidsmarkedstilknytning. Det er en sterk sammenheng mellom selvrappportert nedsatt helse, frafall og risiko for å motta stønad (Dahl, Bergsli og Wel 2014).

Enkelte barn har behov for særskilt oppfølging. Dette kan gjelde både i barnehagen, skolen, i hjemmet eller på fritiden. I slike tilfeller er det viktig at spesialpedagogisk tjeneste, helsestasjon- og skolehelsetjeneste samarbeider med barnehage og skole.

Både helsestasjon- og skolehelsetjenesten er gratis. Den skal være et lett tilgjengelig lavterskeltilbud for alle barn og deres familier, fra barnet er nyfødt til det har gjennomført videregående opplæring. Begge tjenestene arbeider helsefremmende og forebyggende både når det gjelder fysisk og psykisk helse.

Oppfølgingstjenesten har som ansvar å tilby veiledning, opplæring og arbeid til ungdommer som har rett til videregående opplæring, men som ikke er i opplæring eller arbeid.

Barnevernets hovedoppgave er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg. Barnevernet bistår foreldre i tilfeller hvor de har behov for hjelp i kortere eller lengre perioder. Tjenesten tilbyr foreldretrening og andre familie- og nærmiljøbaserte tiltak og metoder for å hjelpe barn og ungdom. Barn som lever med vold og overgrep, kan få alvorlige og varige psykiske og fysiske skader. For å avdekke barn og unge som har utfordringer, eller er utsatt for omsorgssvikt og vold og gi dem rett oppfølging så er det viktig at kommunene har formalisert samarbeid som er forankret i ledelsen med rutiner som kan følges opp over tid.

Det er vedtatt nye straffereaksjoner, ungdomsstraff og ungdomsoppfølging, som tar sikte på å forebygge tilbakefall og gjengangerkriminalitet. Ved å benytte skreddersydde tiltak og gjenopprettende prosesser, søker man å gi

unge lovbyggere tett oppfølging og nødvendig støtte til å mestre utfordringer og dermed forhindre en videre lovbruddskarriere. Reaksjonene skal styrke den enkelte ungdoms ressurser, og skal engasjere både private og offentlige nettverk. Politiet samhandler med barnevern, skole og andre kommunale instanser og frivillige organisasjoner for å forebygge barne- og ungdomskriminalitet.

5.2 Barnehage

Barnehagen i Norge anses som det første frivillige trinn i utdanningsløpet. Barnehagen skal ivareta barnas behov for omsorg og lek, og fremme læring og danning som grunnlag for allsidig utvikling.

Indikatorer:

- Dekningsgrad i barnehagen etter alder
- Dekningsgrad i barnehage for minoritetsspråklige – og alle barn
- Utdanningsbakgrunn for de ansatte i barnehagen
- Antall barn per årsverk i grunnbemanningen

En barnehage av høy kvalitet vil kunne gi barn et viktig grunnlag for videre skolegang- og yrkesliv i form av språklige og sosiale ferdigheter. God kvalitet i barnehagen ser ut til å forebygge utvikling av språk- og atferdsvansker over tid, særlig hos sårbare barn. Faktorene som synes å virke inn på barna er blant annet plass til læringsaktiviteter, utdanning hos personalet, relasjon til personalet, tilbud av aktiviteter, tid i barnehagen og gruppestørrelse (Brandlistuen m.fl. 2015).

Gratis kjernetid i barnehage

Gratis kjernetid i barnehage har vært et tilbud i utvalgte kommuner/ bydeler. Dette er et tilbud om å få være i barnehagen i kjernetiden uten foreldrebetaling. Hensikten med gratis kjernetid er å forberede barna på skolestart, å bidra til sosialiseringen generelt og å bedre norsk-kunnskapene for barn som har annet morsmål.

Gjennom forsøket har deltagelse i barnehage for 4- og 5-åringer økt. Tiltaket inneholder et økt faglig fokus på språk, språkutvikling og tett samarbeid med foreldre og skoler. Ansatte har fått kompetanseheving gjennom satsingen.

Evaluering av tiltaket viser at barnehagebruken blant 4-5-åringer med innvandrerbakgrunn i Groruddalen i Oslo har økt med ca. 15 prosent, og i dag går de aller fleste av disse i barnehage. Tilbudet om gratis kjernetid har hatt effekt på skolerultatene til barn med innvandrerbakgrunn, målt på kartleggingsprøver i lesing og regning på 1. og 2. trinn. Effekten er sterkest for jenter.

På bakgrunn av Stortingets budsjettvedtak for 2015 ble det innført gratis kjernetid i barnehage for 4- og 5-åringer i familier med lav inntekt som en nasjonal ordning fra 1. august 2015. Fra 1. august 2016 gjaldt dette 3-, 4- og 5-åringer, og barn med utsatt skolestart (jf Forskrift om foreldrebetaling i barnehager).

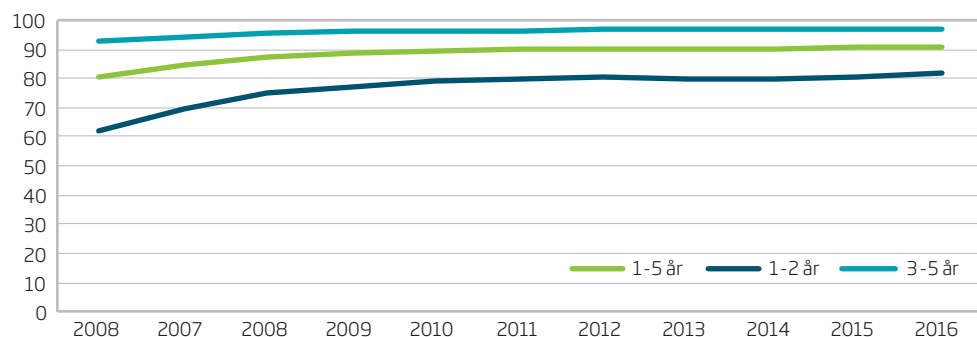
5.2.1 Barnehagedeltagelse i Norge

En av barnehagens viktigste oppgaver er å gi barna omsorg og trygghet og legge forholdene til rette for barnas allsidige utvikling. Barnehagen skal møte og inkludere alle barn uansett barnets språklige, kulturelle eller sosiale bakgrunn. Å gå i barnehage er særlig viktig for barn med svake norskferdigheter for å lære språk og kulturelle koder.

Figuren under viser utviklingen i dekningsgrad i barnehage for ulike aldersgrupper i Norge.

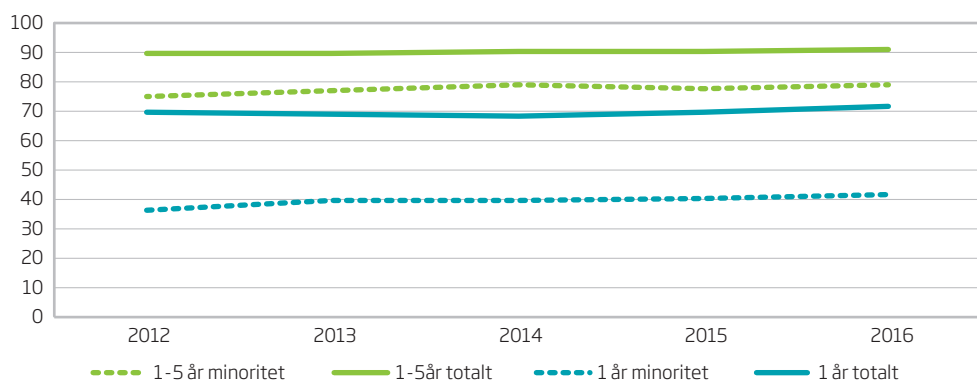
Denne indikatoren beregnes årlig på bakgrunn av tall fra barnehagenes årsmeldinger (BASIL) og befolkningstall fra SSB. For aldersgruppa 1-5 år var

dekningsgraden i 2016 på 91 prosent. Dette er en økning på over 10 prosentpoeng fra 2008. Økningen har vært størst blant 1-2 åringene. Her har andelen barn i barnehage økt fra 62 prosent i 2008 til 82 prosent i 2016.



Figur 5-1. Dekningsgrad i barnehage i ulike aldersgrupper. 2008-2016. Prosent. Kilde SSB

Andelen minoritetsspråklige barn (ikke medregnet barn med norsk, samisk, svensk, dansk og engelsk språk- og kulturbakgrunn) i barnehage er lavere enn for øvrige barn. Forskjellene er blitt mindre de siste årene, men det er fremdeles relativt store forskjeller i den yngste aldersgruppen.



Figur 5-2. Dekningsgrad i barnehagen for minoritetsspråklige- og alle barn. 2012-2016. Prosent. Kilde: SSB

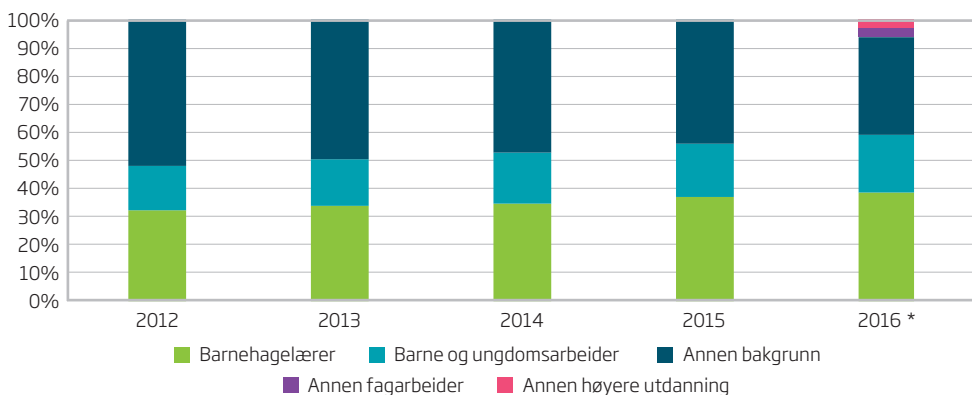
5.2.2 Kvalitet i barnehagen

Barnehagens og skolens miljø påvirker barnas livskvalitet og bør derfor være utformet slik at det fremmer utfoldelse, mestring og deltakelse. Barnehager av høy kvalitet kjennetegnes av at de har små barnegrupper og voksenpersonell som er tilstrekkelig og godt utdannet, personlig egnet og stabilt. Voksenpersonellet bør også ha lett tilgang til tverrfaglig team samt veiledning fra andre tjenester (helsestasjon, PPT, barnevern, kommunepsykolog) og annet som har betydning for barns oppvekst (Helsedirektoratet, 2012).

De ansatte og deres kompetanse er en av de viktigste kvalitetsfaktorene i barnehagen.

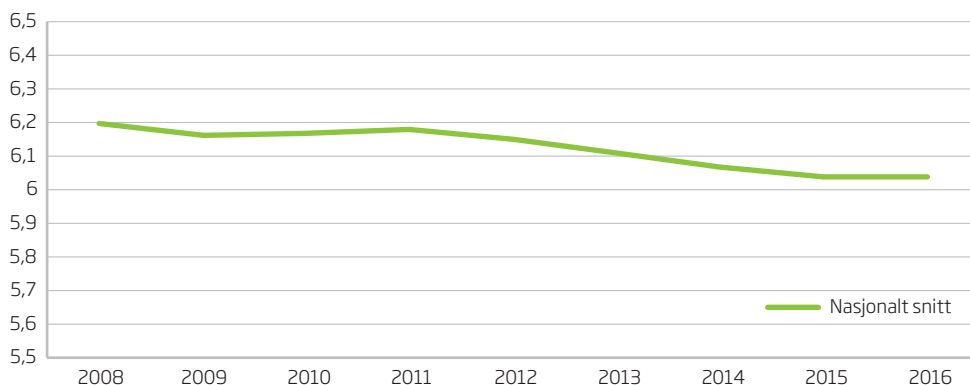
Indikator om andel barnehageansatte med pedagogisk utdanning (fig. 5-3) beregnes årlig på bakgrunn av tall fra barnehagenes årsmeldinger (BASIL). I 2016 ble det innført nye utdanningskategorier for andre fagarbeidere og annen høyere utdanning. I 2016 blir også ansattes utdanningsnivå fordelt på årsverk, og ikke på antall ansatte som foregående år. På nasjonalt nivå har det liten betydning for tallene. Fra 2016 viser indikatoren andelen årsverk i barnehagen som har barnehagelærerutdanning, barne- og ungdomsarbeiderutdanning, annen fagarbeiderutdanning eller annen høyere utdanning i prosent av styrere og grunnbemanning (pedagogiske ledere og ordinære assistenter).

Figur 5-3 viser at andel årsverk med barnehagelærerutdanning har økt fra 32 prosent i 2012 til 39 prosent i 2016. I samme periode har andelen årsverk med barne- og ungdomsarbeiderfag økt fra 16 til 20 prosent. Økningen i ansatte med relevant utdanning har kommet samtidig med en generell økning i antall ansatte i barnehagene.



Figur 5-3. Utdanningsbakgrunnen til de ansatte i barnehagen. -2012-2016. Prosent.
Kilde: Basil/Utdanningsdirektoratet.

Barnehageloven stiller ingen konkrete krav til antall ansatte i barnehagen. Loven sier bare at bemanningen skal være tilstrekkelig til at personalet kan drive en tilfredsstillende pedagogisk virksomhet. Antallet barn i barnehage har økt de siste årene, men årsverkene til grunnbemanning (pedagogiske ledere og ordinære assistenter) har økt enda raskere, slik at voksensetettheten har økt svakt i perioden 2008-2016. Det er høyere krav til pedagogisk bemanning for små barn (0-2 år) enn for store barn (3-5 år). Det er også vanlig å ha flere ansatte per barn for de yngste barna enn for de eldste. For å kunne sammenligne barnehager med ulik sammensetning av barn teller barn under tre år som to barn når vi regner barn per ansatt.



Figur 5-4 Antall barn (korrigert for alder og oppholdstid) per årsverk i grunnbemanningen 2008-2016.

Kilde: Basil/Utdanningsdirektoratet.

Det nasjonale snittet har ligget mellom 6,2 og 6,0 barn pr ansatt fra 2008 og frem til i dag. De kommunale barnehagene har litt færre barn per ansatt enn de private barnehagene.

5.3 Grunnopplæringen

Grunnopplæringen skal ha høy kvalitet og gi den enkelte og samfunnet nødvendige forutsetninger for fremtidig velferd, verdiskaping og bærekraftig utvikling. Grunnopplæringen består av grunnskole og videregående opplæring.

For å få et bilde av kvaliteten i skolen må man både vite noe om det psykososiale miljøet, den faglige utviklingen hos elevene og hvor mange som gjennomfører videregående opplæring.

Indikatorer:

- Andel elever som trives godt eller svært godt
- Andel elever som har opplevd mobbing 2-3 ganger i måneden eller mere 2009-2014
- Andel elever som oppgir at de er mobbet av elever på skolen, digitalt eller av voksne på skolen de siste månedene
- Andel elever som har opplevd mobbing 2-3 ganger i måneden eller mere, digitalt eller av medelev
- Andel elever som opplever støtte fra lærerne
- Gjennomsnittlige grunnskolepoeng etter foreldres utdanningsnivå
- Andel elever og læringer som ikke har fullført og bestått innen fem år, etter innvandrerbakgrunn
- Andel som har fullført og bestått innen fem/seks år, etter antall grunnskolepoeng

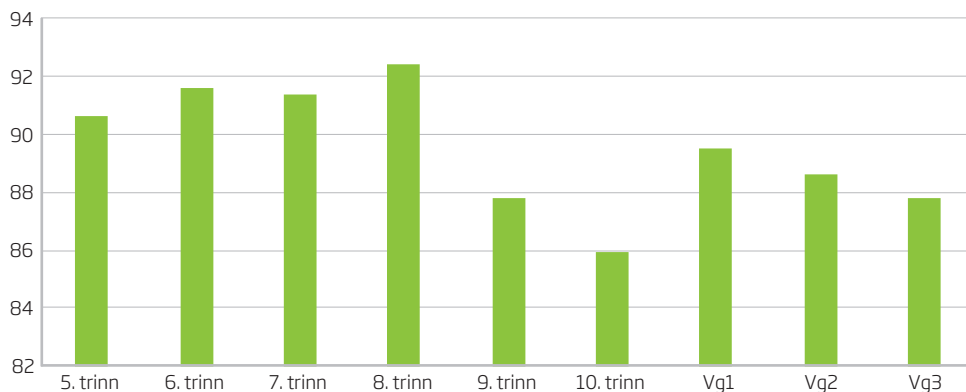
En skole hvor elever trives, lærer og får utvikle seg til å bli mennesker som bidrar i samfunnet er sentralt i skolens formål. En helsefremmende skole og et godt læringsmiljø har sammenfallende elementer, som opplevelse av trygghet for elevene, faglig støtte fra lærere og gode relasjoner mellom elever, og mellom elev og lærer.

5.3.1 Trivsel og læringsmiljø

Å oppleve tilhørighet og mestring på skolen er av stor betydning for trivsel og faglig fungering. Mobbing er blant de sterkeste risikofaktorene for utvikling av psykiske plager blant barn og unge. Det finnes flere indikatorer som kan fortelle oss noe om trivsel og læringsmiljøet ved norske skoler. Elevundersøkelsen er en årlig, nasjonal undersøkelse for elever fra 5. trinn og opp til 3. videregående (Vg3) og gir et bilde av hvordan elever i norsk grunnskole har det på skolen. Foruten å gi svar på trivsel og mobbing måler også undersøkelsen blant annet sosial støtte, som har stor betydning for psykisk og somatisk helse.

At elevene trives på skolen er et viktig mål i seg selv. Alle elever i grunnskoler og videregående skoler har rett til et godt fysisk og psykososialt miljø som fremmer helse, trivsel og læring (kapittel 9A i opplæringsloven, § 9a-1). Skolens

arbeid med å utvikle et godt og inkluderende læringsmiljø hvor elevene trives, vil være positivt for elevenes sosiale og personlige utvikling og legger et viktig grunnlag for læring.



Figur 5-5 Andel elever som trives godt eller svært godt, fordelt på trinn. 2016-17.

Kilde: Elevundersøkelsen/Utdanningsdirektoratet.

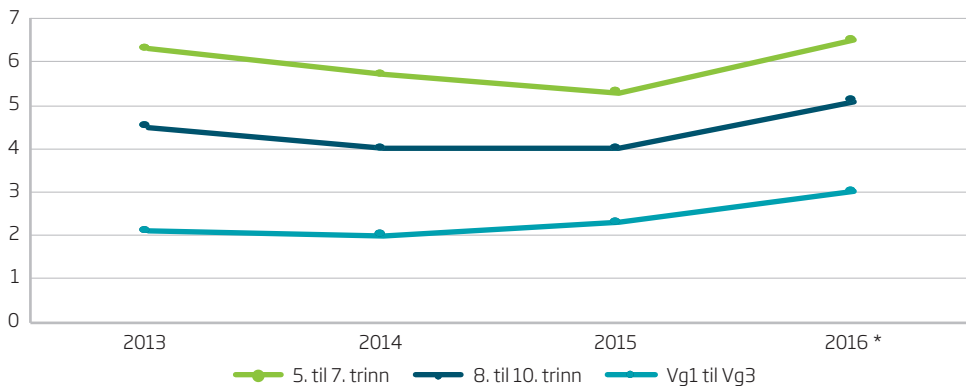
Figur 5-5 viser at flere enn ni av ti elever i 5. til 7. trinn trives godt eller svært godt på skolen. Andelen elever som trives er høyest i 8. trinn, men faller i 9. og 10. trinn hvor den er på sitt laveste med 86 prosent. I videregående øker trivselen igjen, selv om den faller litt utover i utdanningsløpet. I underkant av 8 prosent av elevene trives litt, mens knapt 2 prosent ikke trives noe særlig eller ikke i det hele tatt. Elevundersøkelsene viser at trivselen blant norske elever har holdt seg ganske stabil over tid. Dette sammenfaller med Ungdataundersøkelsen som ikke viser klare tegn til at skoletrivselen avtar med økende alder. Det er heller ikke noen vesentlige kjønnsforskjeller i trivsel (Bakken, 2017).

Å bli utsatt for erting, trusler eller vold fra medelever hindrer læring og har en langvarig negativ påvirkning på helsen og velværet til elevene (Arsenault m.fl. 2010; Coggan m.fl. 2003; Nakamoto og Schwartz 2010). Det er et nasjonalt mål at samfunnet skal ha en nullvisjon om og nulltoleranse for krenkelser, mobbing, trakassering og diskriminering. Skolen skal aktivt og systematisk arbeide for et godt psykososialt miljø på skolen, hvor hver enkelt elev kan oppleve trygghet og sosial tilhørighet (§ 9a-3). Alle ansatte ved skolen har plikt til å handle, hvis de har kunnskap eller mistanke om at elever blir utsatt for krenkelser som mobbing, vold, rasisme, diskriminering.

I Elevundersøkelsen gir elevene svar på spørsmål om de har opplevd mobbing og krenkelser inneværende skoleår, og hvor ofte dette skjer. Mobbing defineres i undersøkelsen som *gjentatte negative handlinger fra en eller flere sammen*,

mot en elev som kan ha vanskelig for å forsvare seg. Mobbing kan være å kalle en annen stygge ting og erte, holde en annen utenfor, baksnakke eller slå, dytte eller holde fast.

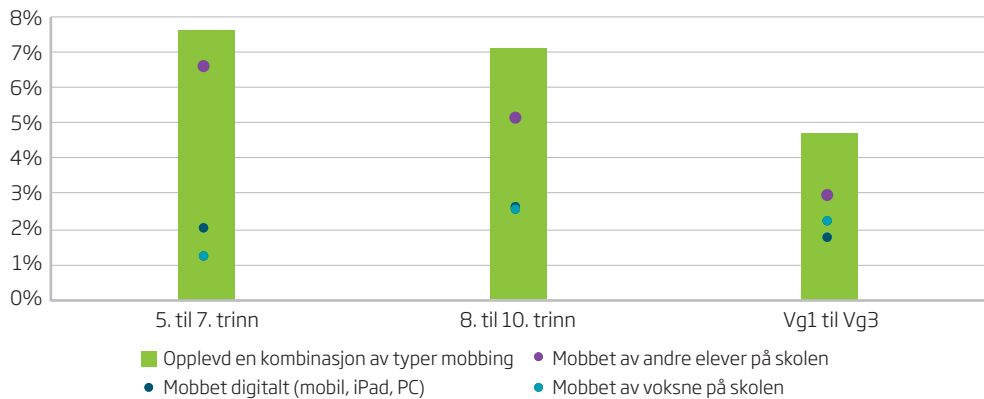
Figur 5-6 viser utvikling i mobbing fra 2013 til 2016. Fra 2016 begynte man å hente inn data på ulike former for mobbing – mobbet av medelever, digitalt og av voksne på skolen. I figuren er mobbing fra medelever brukt for å sammenligne med tidligere år.



Figur 5-6 Andel som oppgir at de er mobbet to til tre ganger i måneden eller mer. (Alle klassetrinn 2009-2014). Kilde: Elevundersøkelsen/Utdanningsdirektoratet.

Det ble gjort endringer i Elevundersøkelsen i 2013 som gjør det vanskelig å sammenligne andelen som mobbes med tidligere årganger. Figuren viser at andelen av elever som opplever mobbing var vært stabil fra 2013-2014, men at det deretter har vært en økning.

I en analyse av casestudiene i Elevundersøkelsen 2016 kom det frem at digital mobbing krever økt kompetanse, økt bevisstgjøring og økt dialog mellom skole og hjem for at skolen skal klare å følge opp denne problemstillingen. Når mobbingen flyttes over til den digitale arena, foregår den gjerne mellom skolens elever i fritiden eller mellom skolens elever og noen som ikke går på skolen. Dette er gråsoner som skolene kontinuerlig diskuterer og det kommer tydelig fram at samarbeid mellom skole og foreldre er essensielt for å kunne gjøre noe med dette. Skolen er avhengige av foreldre som snakker med sine barn om nettbruk og setter grenser for bruk (Wendelborg, Røe, Utvær og Caspersen 2017).



Figur 5-7 Andel som oppgir at de er mobbet av elever på skolen, digitalt eller av voksne på skolen de siste månedene, og en indeks av elever som har opplevd minst en disse tre kildene for mobbing, 2016-17.

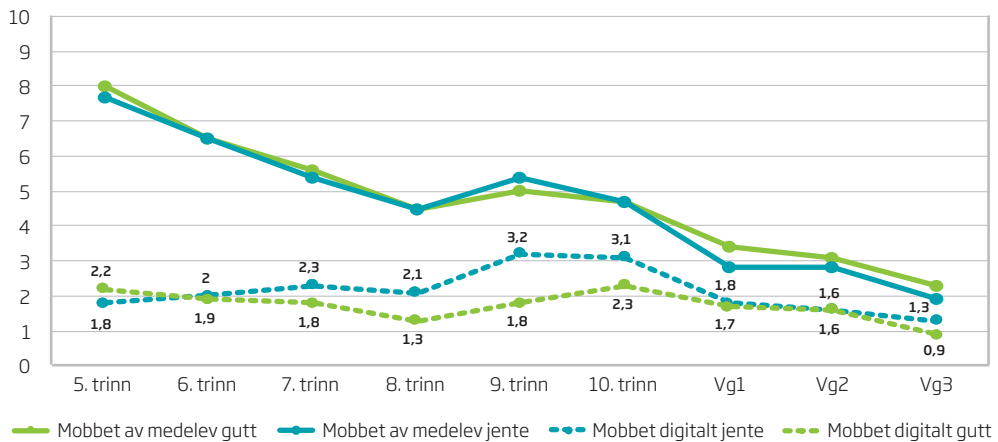
Kilde: Elevundersøkelsen/Utdanningsdirektoratet

Figur 5-7 viser at det samlet sett er mer mobbing i de laveste trinnene hvor 8 prosent av elevene har opplevd minst en form for mobbing. I hovedsak dreier dette seg om mobbing fra medelever, mens en mindre andel har opplevd digital mobbing og/eller fra voksne på skolen.

På ungdomstrinnet er det samlet sett en mindre andel av elevene som har opplevd mobbing, og andelen som har opplevd mobbing fra medelever er også lavere. Andelen som er mobbet digitalt og av voksne på skolen er like stor og høyere enn for 5. til 8. trinn.

I videregående er det 5 prosent av elevene som har opplevd en eller flere former for mobbing. Det skiller mindre mellom de ulike formene for mobbing, men mobbing fra medelever er fremdeles den største kilden til mobbing.

Analyser av Elevundersøkelsen 2016 viser at halvparten av de som er mobbet digitalt også er utsatt for tradisjonell mobbing. Det er 1 prosent av elevene som kun er digitalt mobbet, 3,5 prosent er kun utsatt for tradisjonell mobbing, mens 1 prosent er både mobbet tradisjonelt og digitalt.



Figur 5-8 Andel som oppgir at de mobbes 2 til 3 ganger i måneden eller mer. 2016/17. Kilde: Elevundersøkelsen/Utdanningsdirektoratet

Figur 5-8 viser at det er ingen klar reduksjon i andel elever som er mobbet digitalt med alder/årstrinn i motsetning hva tilfellet er når det gjelder tradisjonell mobbing. Det er en større andel jenter enn gutter som oppgir at de er digitalt mobbet på ungdomstrinnet. For de øvrige trinnene er det små forskjeller.

Forskning viser at lærer-elev relasjonen har betydning for elevenes læringsresultat (Hattie 2009). En positiv relasjon bygger på lærerens vilje til å bry seg om alle elevene, vise interesse for den enkelte og hans eller hennes situasjon, være støttende og ha forventninger om utvikling. Dette er viktig for alle elever, og særlig viktig for elever som av ulike grunner strever på skolen (Hattie 2009; Marzano 2009; Bru 2011). Denne indikatoren som presenteres i Figuren under, er et uttrykk for elevens oppfattelse av relasjonen til lærerne sine.



Figur 5-9 Opplevd støtte fra lærerne. 2016/2017. Prosentvis fordeling. Kilde: Elevundersøkelsen/Utdanningsdirektoratet

Figuren viser at fire av fem elever fra 5. trinn til Vg3 opplever at de fleste eller alle lærerne er støttende både faglig og emosjonelt. Rundt 85 prosent opplever at de fleste eller alle lærerne gir god hjelp, at de bryr seg om dem, at de har tro på dem og behandler dem med respekt. Elever som opplever en trygg og støttende lærer, utvikler færre atferdsproblem, og viser større engasjement i klassen. Uavhengig av ferdighetsnivå viser forskning at elever lærer mer når de kommer godt overens med læreren (Hamre og Pianta 2001; Hughes m.fl. 2012). Studier har vist at forholdet mellom elev og lærer henger sammen med utvikling og faglig fremskritt gjennom hele utdanningsløpet (Roorda m.fl. 2011). Analyser av Elevundersøkelsen viser at det er en sammenheng mellom at læreren tror at eleven kan gjøre det bra, og innsatsen og motivasjonen til elevene. At læreren har positive forventninger til eleven, er viktig for å motivere, og det er positivt for læringsutbyttet.

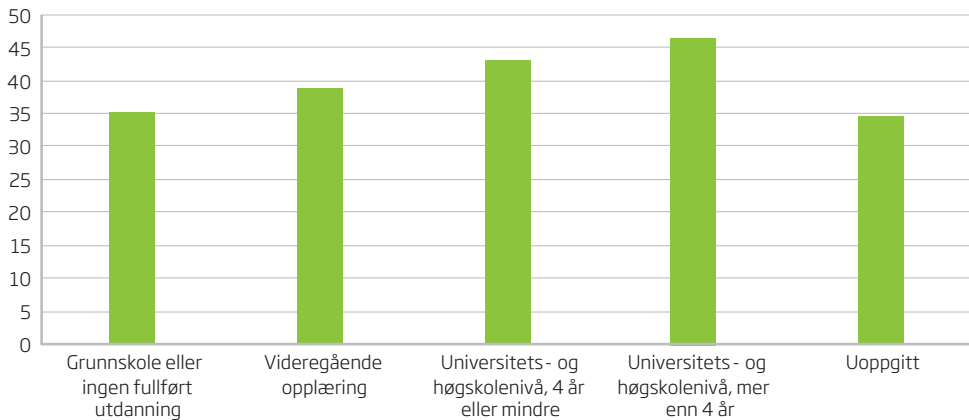
5.3.2 Læringsresultater

Utdanningen har som mål å gi elevene tilstrekkelig høy faglig kompetanse, og i denne ligger også psykologiske ressurser som er viktige for helsen. Karakternivået fra grunnskolen påvirker sannsynligheten for å fullføre videregående opplæring. Det finnes mye informasjon om læringsresultater, som for eksempel eksamenskarakterer og standpunktkarakterer. Dette gir i første rekke informasjon om elevenes kompetanse i fag ved slutten av opplæringsløpet. Nasjonale prøver måler grunnleggende ferdigheter i lesing, regning og engelsk underveis i opplæringsløpet. Resultatene viser at elevenes skoleprestasjoner blir bedre jo lengre utdanning foreldrene har. Elever som selv har innvandret kan oppleve store utfordringer i skolen, og de som kommer sent i gang i skoleløpet er særlig utsatt, både når det gjelder karakternivå fra grunnskolen og gjennomføring i videregående skole (Inkluderings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) 2014).

En rapport fra SSB om skolebidragsindikatorer viser også at skolene med de høyeste bidragene klarer å løfte alle elevgrupper: de løfter både elever med og uten foreldre med høyere utdanning, elever med og uten innvandrerbakgrunn, og elever med og uten lave tidligere resultater (SSB 2017c)

Sosiale ulikheter i skoleprestasjoner i grunnskolen

Grunnskolepoeng (beregnet som summen av elevenes avsluttende karakterer i grunnskolen, delt på antall karakterer og ganget med 10) benyttes som kriterium for inntak til videregående opplæring. Skoleåret 2016-17 var gjennomsnittlige grunnskolepoeng 41,4.



Figur 5-10 Grunnskolepoeng etter foreldrenes utdanningsnivå, 2017. Kilde: SSB

Figuren 5-10 viser at antall grunnskolepoeng henger sammen med foreldrenes utdanningsnivå. Elever med foreldre som har grunnskole eller lavere som høyeste fullførte utdanning har i snitt 35,3 grunnskolepoeng, mens elever som har foreldre med universitets- og høyskoleutdanning mer enn 4 år har 46,4 grunnskolepoeng.

Gjennomsnittlig antall grunnskolepoeng for innvandrere (37,3) ligger 4 poeng lavere enn den øvrige befolkningen (41,4) i skoleåret 2016-17. Norskfødte med innvandrerforeldre har i gjennomsnitt 39,8 grunnskolepoeng, noe som ligger tett opp til den øvrige befolkningen.

Det er en tydelig sammenheng mellom grunnskolepoeng og antall stryk på Vg1 (Utdanningsdirektoratet 2015b). Elevene som strøk i ett fag hadde i underkant av 33 grunnskolepoeng. Dette er betydelig lavere enn gjennomsnittlige grunnskolepoeng for hele landet, som i 2013-14 var 40,4.

En analyse av standpunktkarakterer viser at foreldrenes utdanningsnivå har betydning for resultatene. Forskjellen er størst i matematikk, der elever med foreldre med det høyeste utdanningsnivået i snitt får 1,6 karakterpoeng mer enn elever med foreldre med grunnskole eller uten fullført utdanning. I norsk hovedmål og engelsk er forskjellen 1,2 karakterpoeng. Det er små variasjoner i disse tallene over tid.

Det er imidlertid ikke helt klart hvordan sammenhengen mellom foreldrenes utdanningsnivå og elevenes resultater henger sammen. En analyse av elevers standpunktkarakterer viser at det er klare og stabile forskjeller mellom elever etter kjønn, innvandringsbakgrunn og foreldres utdanning (Hægeland m.fl.

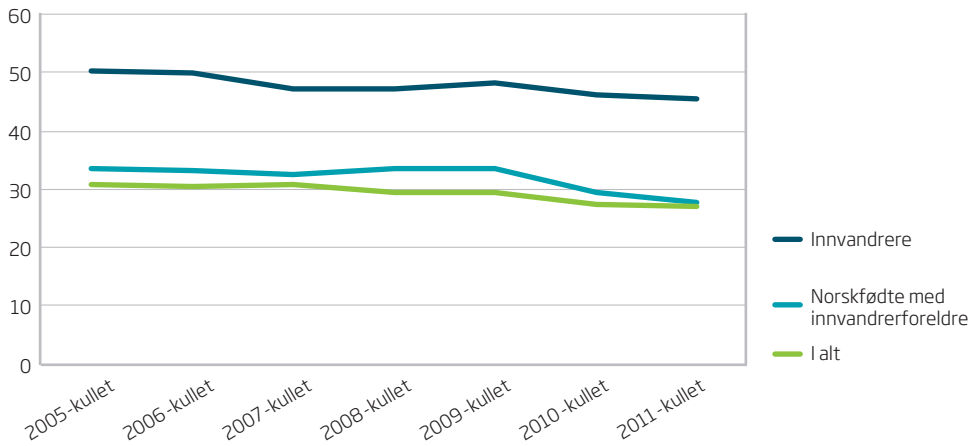
2013). Likevel forklarer disse variablene til sammen bare rundt 30 prosent av variasjonen i elevenes resultater. Det betyr at de største forskjellene i elevenes prestasjoner ikke handler om elevenes bakgrunn (NOU 2014:7 - *Elevenes læring i fremtidens skole*).

Sosiale ulikheter i skoleprestasjoner i videregående opplæring

Å fullføre videregående opplæring vil si å bestå alle årstrinn som fører til vitnemål, fagbrev eller svennebrev. SSB måler gjennomføringen fem år etter at eleven startet på videregående for første gang.

27 prosent av elevene som begynte i videregående opplæring i 2011, fullførte ikke innen fem år. Fullføringsprosenten er lavere for elevene som begynte på yrkesfaglige utdanningsprogrammer enn studieforberevende utdanningsprogrammer. 14 prosent av elevene som begynte i et studieforberevende utdanningsprogram i 2011 fullførte ikke innen fem år. For yrkesfaglige utdanningsprogrammer var andelen 41 prosent.

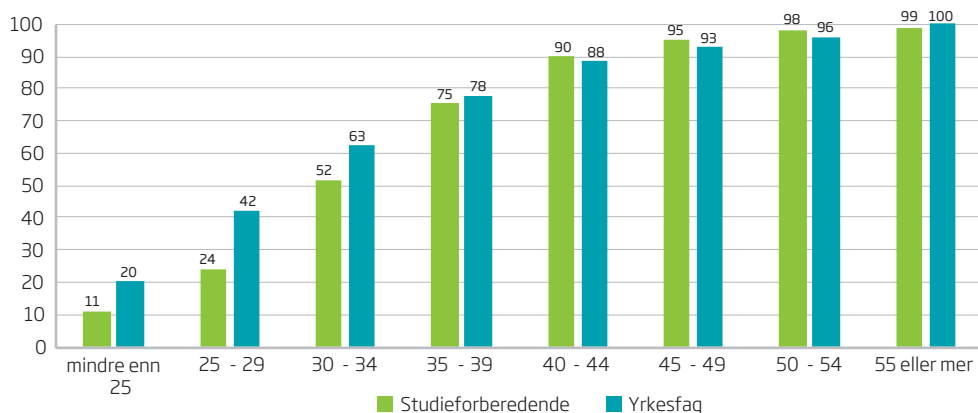
Andelen som ikke fullfører innen fem år har vært ganske stabil over de siste 16 årene, men det kan se ut som at det har vært en nedgang de siste tre årene. Nedgangen er spesielt synlig for elever og lærlinger med foreldre med grunnskoleutdanning og videregående utdanning. Andel elever og lærlinger som ikke har fullført innen fem år varierer etter foreldrenes utdanningsnivå. Av elevgruppen med foreldre med grunnskoleutdanning som startet i videregående opplæring i 2011 hadde 51 prosent ikke fullført innen fem år. Tilsvarende hadde 11 prosent av elevgruppen med foreldre med høyere utdanning ikke fullført innen fem år.



Figur 5-11. Andel elever og læringer som ikke har fullført innen fem år, etter innvandrerbakgrunn. Prosent Kilde: SSB

Innvandrere ligger 19 prosent høyere enn befolkningen for øvrig når det gjelder manglende fullføring innen fem år etter påbegynt videregående, mens norskfødte med innvandrerforeldre ligger på nivå med befolkningen for øvrig.

Sletten og Hyggen (2013) finner at de fleste studier fra de nordiske landene, konkluderer med at svake prestasjoner i grunnskolen er den klart viktigste enkeltforklaringen på frafall i videregående opplæring. Samtidig har familiebakgrunn en indirekte effekt på frafall via karakterer, fordi elever som har foreldre med høyere utdanning i gjennomsnitt får bedre karakterer i grunnskolen enn elever med foreldre uten høyere utdanning.



Figur 5-12 Fullført og bestått innen fem/seks år, etter antall grunnskolepoeng. 2010-kullet. Prosent.
Kilde: SSB

Figuren over viser andelen elever og lærlinger som fullfører og består innen normert tid + to år. Normert tid + to år er det som i størst grad representerer elevenes rett til videregående opplæring (jf opplæringsloven § 3-1) da elever i studieforberedende løp gis fem år, og elever og lærlinger på yrkesfag gis seks år på å fullføre og bestå. Figuren viser at elever med likt antall grunnskolepoeng har omtrent like stor sannsynlighet for å fullføre enten de går på yrkesfag eller på studieforberedende. Denne sammenhengen er stabil over tid.

5.4 Barn med særskilt oppfølging

Å fange opp risikoutsatte barn tidlig i livsløpet eller tidlig i en vanskelig periode er sentralt for å kunne forebygge, støtte og gi riktig hjelp. Barn med tiltak fra barnevernet, barn som mottar spesialundervisning og ungdom som registreres hos oppfølgingstjenesten i fylkeskommunen eller hos politiet, er barn som får særskilt oppfølging. Å følge med på utviklingen i slike grupper vil gi bedre grunnlag for utvikling av nasjonale tiltak. Barn og unge med minoritetsbakgrunn er overrepresentert i barnevernet, både i hjelpetiltak og omsorgsovertakelser. Det kan være ulike forklaringer på dette, herunder kulturelle og minoritetsrelaterte faktorer, levekårsfaktorer og flyktningerelaterte faktorer (Paulsen, Thorshaug og Berg 2014).

Indikatorer:

- Andel elever med enkeltvedtak om spesialundervisning i grunnskolen fordelt på kjønn
- Status for unges aktivitet 7 år etter at de avsluttet grunnskolen. Fordelt etter om de unge mottok eller ikke mottok barnevernstiltak i løpet av oppveksten.
- Antall barn og unge med tiltak fra barnevernet i løpet av året, fordelt på aldersgrupper
- Årsak til at nye barn fikk tiltak fra barnevernet i løpet av året
- Antall bekymringsmeldinger til barnevernet etter melder
- Antall registrerte straffbare forhold blant barn og unge i alderen 10-22 år
- Antall barn og unge registrert som førstegangskriminelle, tilbakefall eller gjengangere

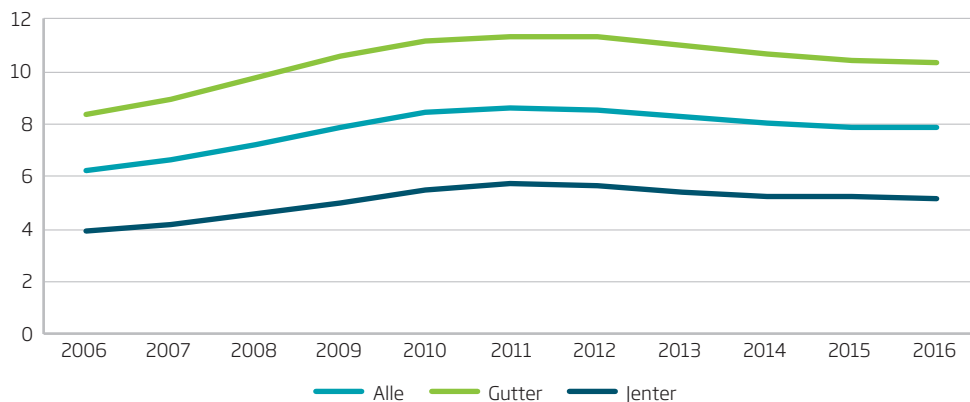
5.4.1 Oppfølging fra skole

Elever som ikke får tilfredsstillende utbytte av den ordinære opplæringen, har rett til spesialundervisning. Spesialundervisning er en individuell rett som det alltid er knyttet et enkeltvedtak til. Høsten 2016 hadde 7,8 prosent av elevene enkeltvedtak om spesialundervisning, noe som utgjør i underkant av 50 000 elever. 66 prosent av elevene med enkeltvedtak om spesialundervisning er gutter.

Andelen elever med spesialundervisning øker utover i skoleløpet. På 1. trinn er andelen 3,7 prosent, mens den øker til det tredobbelte, 10,8 prosent, på 10. trinn. Det kan likevel se ut som denne kurven er i ferd med å flate litt ut mot slutten av skoleløpet. En grunn til at andelen elever med spesialundervisning øker jo eldre elever blir, kan være økende faglige krav utover i skoleløpet (Wendelborg og Tøssebro 2010).

Det har lenge vært et politisk mål å forbedre den tilpassede opplæringen slik at alle elever får et bedre læringsutbytte i den ordinære undervisningen. Etter en tydelig økning i spesialundervisningen fra 2006/07 til 2011/12, stabiliserte andelen seg på nasjonalt nivå i 2012/13. De siste fire skoleårene har det vært en liten nedgang i andelen elever med spesialundervisning. Vi vet ikke om

nedgangen skyldes at skolen har blitt bedre på tilpasset opplæring, eller om det skyldes at elever ikke får rettighetene sine oppfylt. Samtidig har antall klagesaker håndtert av Fylkesmannen, som gjelder spesialundervisning, gått ned i perioden 2011 til 2014.



Figur 5-13 Elever med enkeltvedtak om spesialundervisning, fordelt kjønn, 2006-2016. Prosent.
Kilde: GSI/Utdanningsdirektoratet

Oppfølgingstjenesten (OT) er en fylkeskommunal tjeneste for ungdom som har rett til videregående opplæring, men som av ulike grunner ikke er i videregående opplæring eller arbeid. Formålet med tjenesten er å sørge for at ungdommer i målgruppa gis tilbud om opplæring, arbeid eller andre kompetansefremmende tiltak.

Totalt var 18 000 ungdommer i oppfølgingstjenestens målgruppe i skoleåret 2016-2017. Det utgjør 8 prosent av ungdommene med opplæringsrett i denne aldersgruppen. Siden ungdommer som avbryter videregående opplæring registreres hos oppfølgingstjenesten, gjenspeiler andelen ungdommer i oppfølgingstjenesten mønstrene vi finner i gjennomføring for øvrig - gutter er i større grad enn jenter registrert i OT, innvandrerne er i større grad registrert enn befolkningen for øvrig og norskfødte med innvandrerforeldre.

Det viktigste målet på at oppfølgingstjenesten lykkes i sitt arbeid, er at ungdommer kommer i gang med videregående opplæring eller arbeid etter at de har vært tilknyttet oppfølgingstjenesten. 57 prosent av ungdommene som var i oppfølgingstjenestens målgruppe per juni skoleåret 2015-16, var i gang med skole, lære eller arbeid høsten 2016.

5.4.2 Barnevern

Mange av barna som mottar tiltak fra barnevernet har en vanskelig barndom og dette preger livene deres videre. Unge voksne med erfaring fra barnevernet har en høyere risiko for marginalisering på en rekke livsområder. De har blant annet en forhøyet risiko for psykiske problemer, ustabile arbeidsforhold, rusmisbruk og kriminalitet (Backe-Hansen m.fl. 2014). Samtidig viser nyere forskning at voksne med tidligere erfaring fra barnevernet klarer seg stadig bedre jo eldre de blir.

Mange barn og unge som har eller har hatt tiltak fra barnevernet har store utfordringer knyttet til skolen. Unge med barnevernstiltak i løpet av oppveksten oppnår færre grunnskolepoeng og har lavere grunnskolekarakterer i norsk, matte og engelsk enn andre jevnaldrende. I overgangen til videregående opplæring velger flertallet yrkesfaglige studieprogram. Mens 78 prosent av ungdommene uten barnevernstiltak gjennomfører videregående opplæring på normert eller utvidet normert tid, gjelder dette kun 38 prosent av ungdommene med barnevernstiltak. Bufdir. har kartlagt status for barn og unge som har hatt tiltak i barnevernet 7 år etter fullført ungdomsskole. Figur 5-14 viser at det er en langt større andel av unge med barnevernstiltak som mottar ytelse og som hverken er i jobb eller utdanning, sammenlignet med unge uten barnevernstiltak.

Ved tolkning av disse tallene er det viktig å huske at det er en sterk sammenheng mellom sosiodemografisk bakgrunn og frafall fra utdanningssystemet, og at andelen med lav sosioøkonomisk status er høyere i barnevernpopulasjonen enn i barnebefolkningen for øvrig.

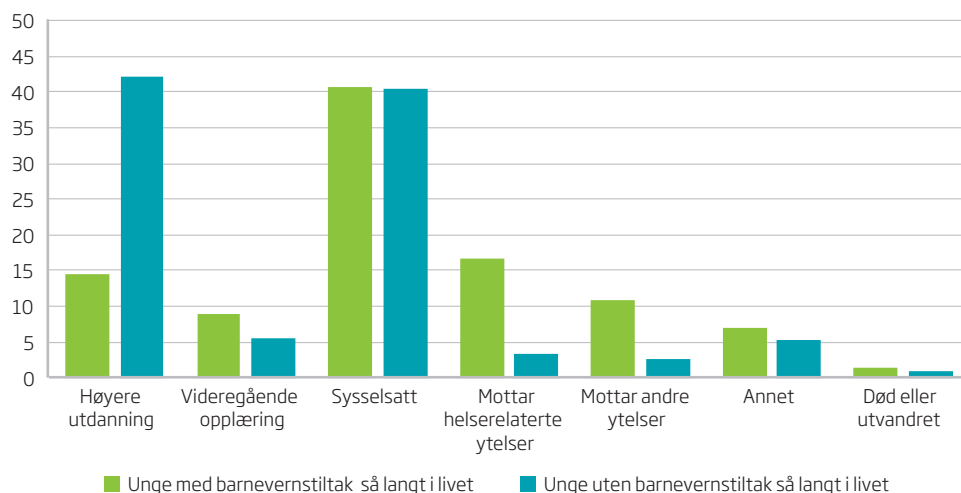
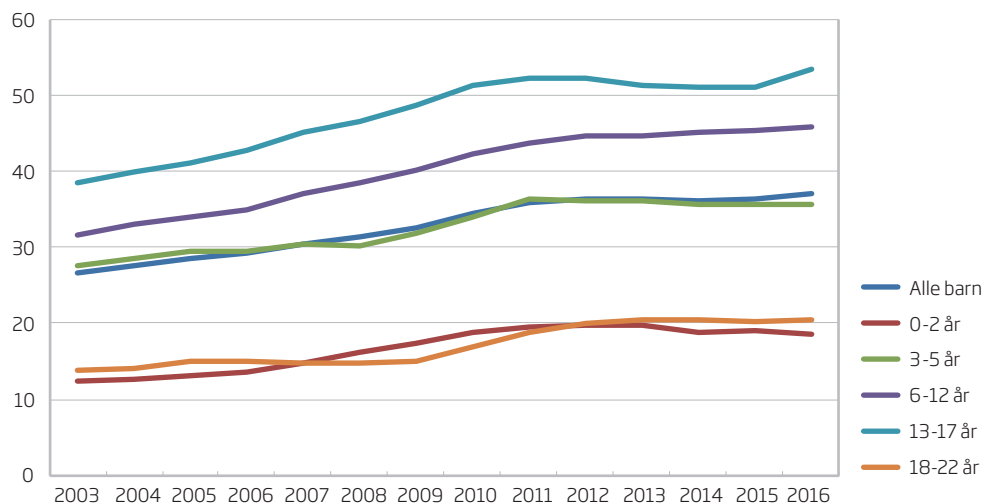


Fig 5-14 Status for unges aktivitet 7 år etter at de avsluttet grunnskolen. Fordelt etter om de mottok eller ikke mottok barnevernstiltak i løpet av oppveksten. Kilde: SSB/Bufdir

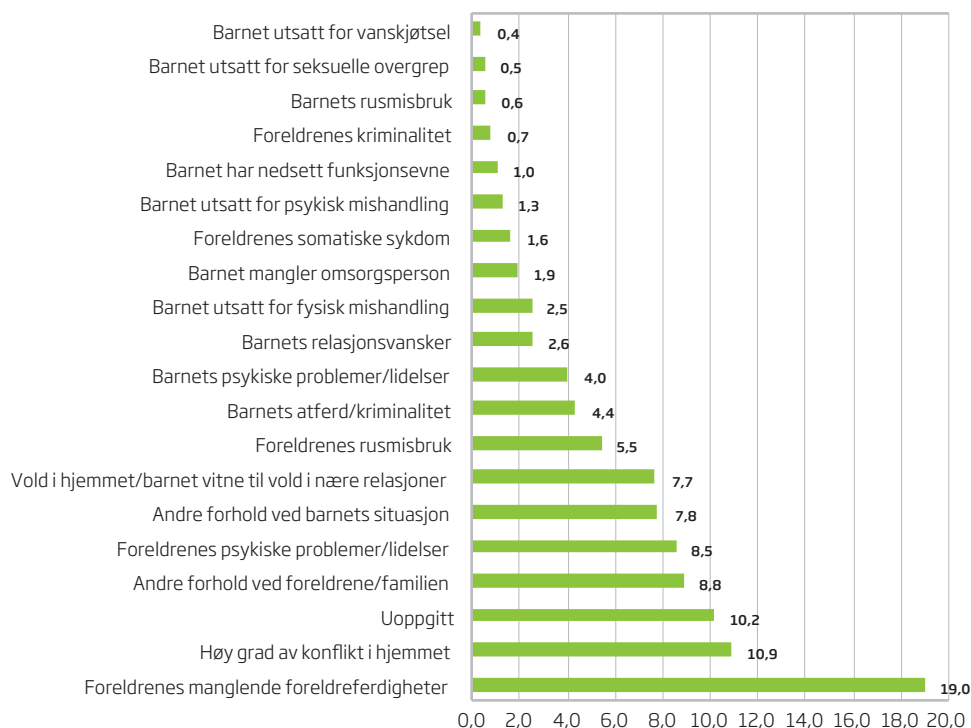
I løpet av 2016 mottok 54 620 barn og unge i alderen 0–22 år tiltak fra barnevernet. Det tilsvarer 37 barn og unge per 1000 i alderen 0 til 22 år i befolkningen. Det er verdt å merke seg at antallet barn og unge som er i kontakt med barnevernet gjennom sin oppvekst, er langt høyere enn hva det årlige tallet gir inntrykk av. Forskning viser at om lag 10 prosent av alle barn (0–17 år) i Norge vil ha fått et tiltak fra barnevernet i løpet av oppveksten (Kristoffersen og Sverdrup, 2013).



Figur 5-15 Antall barn og unge med tiltak fra barnevernet i løpet av året, fordelt på aldersgrupper. Kilde: SSB/Barnevernsstatistikk og SSB/Folkemengde (tabell 07459).

Sett i forhold til befolkningen i hver av aldersgruppene mellom 0–22 år øker andelen mottakere av barnevernstiltak med alderen frem til fylte 18 år. Tenåringene, 13–17-åringene, er den aldersgruppen med flest tiltak, etterfulgt av barn i grunnskolealder (6–12 år). Færrest med barnevernstiltak finner vi blant de yngste (0–2 år) og de eldste (18–22 år).

I 2016 ble det oppgitt 28 027 årsaker til at 15 769 nye barn og unge fikk tiltak fra barnevernet. Det viser at for mange barn er det flere og sammensatte grunner til at de får hjelp fra barnevernet.



Figur 5-16 Årsak til at nye barn fikk tiltak fra barnevernet i løpet av året. Prosent. Kilde: SSB/Barnevernsstatistikk, Tabell 10663.

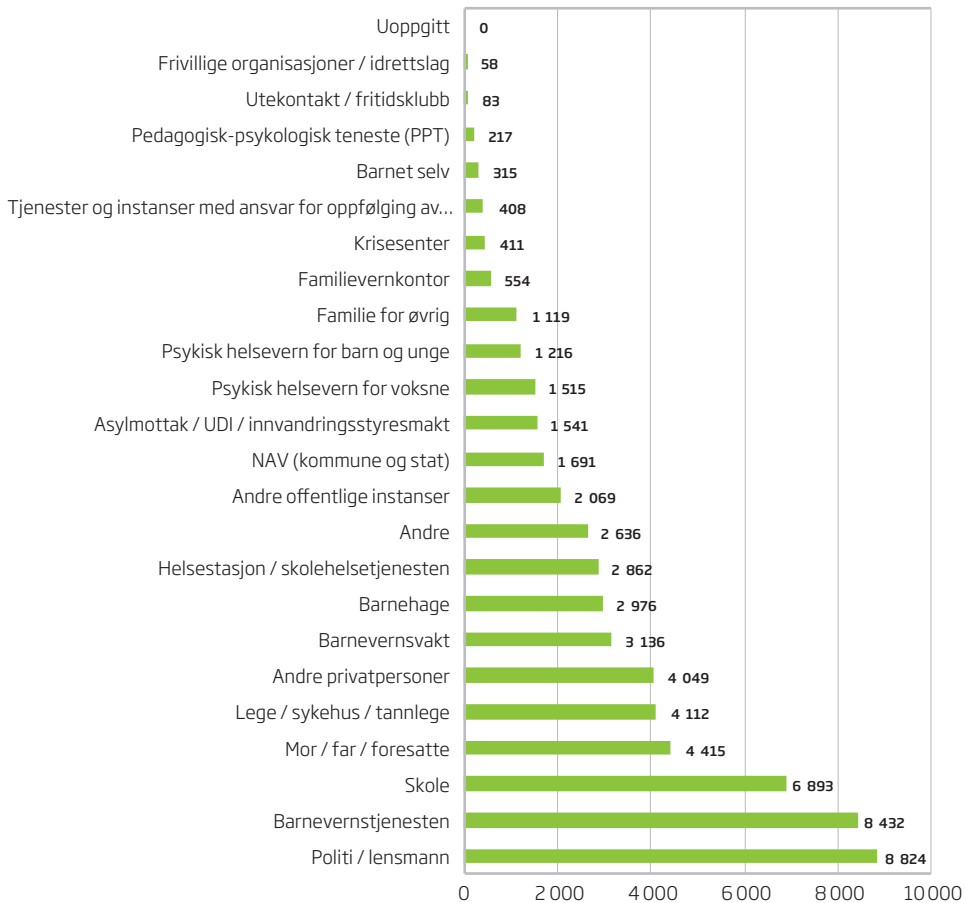
I denne grafen og tabellen viser begrepet «nye barn» til barn som ikke mottok tiltak året før. Det betyr at selv om barnet blir registrert som et nytt barn i SSBs barnevernsstatistikk og dermed inkluderes i denne grafen og tabellen, kan barnet ha mottatt hjelp tidligere. Nye barn i barnevernet er dermed ikke det samme som debutanter eller førstegangsregistrerte.

Mange av foreldrene til barn og unge som får hjelp av barnevernet, har store utfordringer i livet som påvirker deres muligheter til å gi god omsorg. Foreldre-

nes manglende foreldreferdigheter er den dominerende årsaken til at nye barn kom inn i barnevernet i 2016. Sammen med andre forhold ved foreldrene og familien utgjorde disse kategoriene hele 28 prosent av årsakene.

Årsaker av mer akutt og dramatisk karakter forekom også i betydelig grad. Grunner som pekte seg ut, var høy grad av konflikt i hjemmet, foreldrenes psykiske problemer og lidelser, andre forhold ved barnets situasjon, vold i hjemmet eller tilfeller hvor barnet var vitne til vold i nære relasjoner. Disse utgjorde hver mellom 8 og 11 prosent. Konflikt og vold i hjemmet har oftere blitt oppgitt som årsak de to siste årene. Utfordringer knyttet til barnets atferd og funksjonsevne var i mindre grad årsak til at barnevernstiltak settes inn.

Årsakene til hvorfor nye barn og unge mottok tiltak fra barnevernet varierer med alder. Utfordringer hos foreldrene var dominerende årsaker blant de yngste barna (0–2 år) i 2016. Dette kan være manglende foreldreferdigheter, psykiske problemer, rusmisbruk og kriminalitet. Årsaker som relaterer seg til at barn utsettes for krenkelser, forekom i stor grad i aldersgruppen 6–12 år. Atferdsproblematikk var sentrale årsaker til tiltak blant tenåringene (13–17 år).



Figur 5-17 Antall bekymringsmeldinger til barnevernet etter melder. Kilde: SSB/Barnevernsstatistikk

I mange tilfeller inneholder én melding flere bekymringer. I 2016 oppga barnevernstjenesten 87 715 årsaker til de 58 254 meldingene som ble gjennomgått det året. Foreldrenes manglende foreldreferdigheter var del av innholdet i 25 prosent av meldingene, og utgjorde 17 prosent av årsakene. Slår man sammen de ulike årsakene som knytter seg til vold og overgrep, utgjorde dette 20 prosent av innholdet i meldingene. Bekymringer omkring foreldres rusmisbruk utgjorde 11 prosent av innholdet.

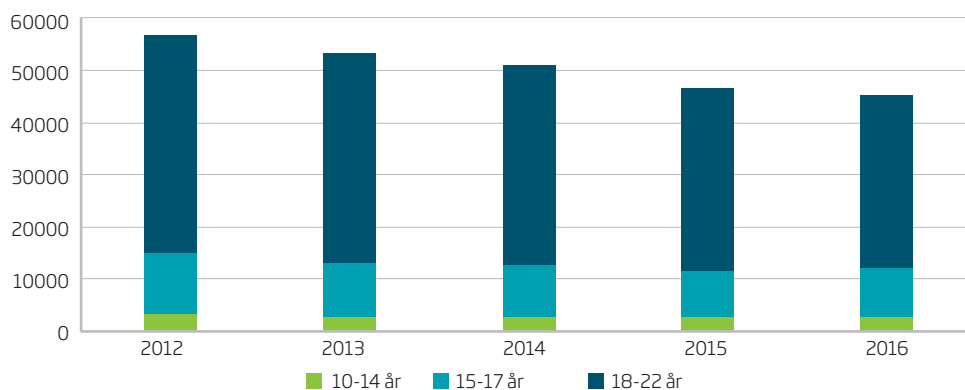
Barnehagen melder ofte om vold i hjemmet eller at barnet er utsatt for fysisk mishandling. Til sammen dreier 34 prosent av alle årsakene som oppgis i meldinger fra barnehagen seg om vold eller fysisk mishandling av barnet. Det er også en høyere andel av meldingene fra barnehagen som dreier seg om en mistanke om at barnet er utsatt for seksuelle overgrep enn for resten

av melderne. Disse svært alvorlige mistankene er andelsmessig langt oftere innholdet i meldingene fra barnehagen enn fra skolen. Selv om skolen totalt sett oftere melder om bekymring, er andelen årsaker som dreier seg om vold 15 prosentpoeng lavere enn for barnehagen.

Under 1 prosent av meldingene kommer fra barnet selv, men meldingene har ofte et alvorlig innhold. 25 prosent av årsakene barn melder om handler om høy grad av konflikt i hjemmet, og 20 prosent dreier seg som vold i hjemmet eller at barnet er utsatt for fysisk eller psykisk mishandling.

5.4.3 Kriminalitet blant barn og unge

I følge Politidirektoratet har antall registrerte straffbare forhold blant barn og unge i alderen 10-22 år totalt blitt færre for hvert år i perioden 2012-2016. I 2012 var det registrert 56 700 forhold, mens det i 2016 var registrert 48 244. Den registrerte kriminaliteten blant barn og unge har gått ned, men det er stadig en liten gruppe barn og unge som står for en stor andel av kriminaliteten (Politidirektoratet, 2017).



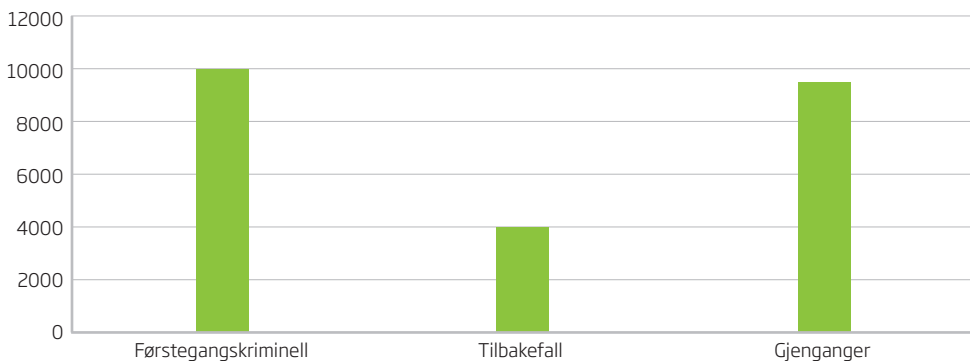
Figur 5-18 Antall registrerte straffbare forhold i Norge blant barn og unge* mellom 10-22 år, 2012-2016. Kilde: PAL Stråsak

Figur 5-18 viser at det har vært en nedgang fra 2012 til 2016 i den registrerte kriminaliteten der barn og unge fra 10-22 år ble mistenkt, siktet eller domfelt for lovbrudd. Det er en skjev fordeling mellom kjønnene når det gjelder barn og unge som er mistenkt, siktet eller domfelt for lovbrudd i perioden.

Av det totale antall barn og unge fra 10-22 år som var mistenkt, siktet eller domfelt i 2016, ble 84 prosent av lovbruddene begått av gutter. Denne andelen har vært stabil de siste fem årene (Politidirektoratet, 2017).

I 2016 ble i underkant av 1 900 unge i aldersgruppen 10-14 år registrert med om lag 2 800 straffbare forhold og 5 300 unge i aldersgruppen 15-17 år registrert med 9 600 straffbare forhold. For begge gruppene var vinningslovbruddene de mest hyppige forholdene.

I aldersgruppen 18-22 år ble 16 300 unge registrert med i overkant av 32 900 straffbare forhold i 2016. I denne aldersgruppen var narkotikalovbrudd det mest registrerte forholdet.



Figur 5-19: Antall barn og unge registrert som førstegangskriminelle, tilbakefall eller gjengangere, $n = 23\,472$. Kilde: POD

Figur 5-19 viser en oversikt over antall personer fra fylte 10 år til og med 22 år som er registrert som førstegangskriminelle, tilbakefall eller gjengangere. Totalt omfatter datamaterialet nærmere 23 500 barn og unge. Disse sto bak i overkant av 120 000 registrerte straffbare forhold. I underkant av 10 000 barn og unge ble registrert som førstegangskriminelle i 2016. I underkant av 9 500 personer ble registrert som gjengangere. Det vil si at de fra fylte 10 år til og med 22 år ble registrert med minst ett straffbart forhold i 2016, men med totalt over tre straffbare forhold siden de fylte 10 år. Tilbakefall er den minste gruppen med i underkant av 4 000 barn og unge. Det er de som er registrert med to forhold hvorav minst et i 2016. Totalt ble 54 prosent av alle barn og unge i dette datamaterialet registrert med sitt første straffbare forhold i 2016.

5.5 Forebyggende helsetjenester for barn og unge

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten inneholder flere deltjenester; barsel- og svangerskapsomsorg, helsestasjon 0-5 år, skolehelsetjenesten 5-20 år og helsestasjon for ungdom.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er et helsefremmende og forebyggende tilbud til hele barne, unge og foreldre populasjonen, og når også de familiene som ikke har barn i barnehage. Når disse tjenestene er til stede og tilgjengelige, fungerer de som lavterskeltilbud der foreldre og barn kan få råd og veiledning. Det er et mål at tjenestene er tverrfaglig sammensatt og tilpasset de lokale utfordringene.

Indikatorer:

- Andel barn som får helseundersøkelse tidlig i livet
- Årsverk fordelt på deltjenester og andel årsverkene utgjør av totale årsverk

I følge forskrift om helsestasjon § 2-3 skal alle nyfødte få tilbud om hjemmebesøk. Mange har i dag kort liggetid på sykehuset. Det øker behovet for tettere oppfølging av familier ved hjemkomst. For kvinner og nyfødte hvor det vurderes som like trygt med oppfølging i hjemmet / lokalt som i føde-/barselavdeling, anbefales ett hjemmebesøk av jordmor innen første-andre døgn etter hjemreisen (Helsedirektoratet 2014e). For å styrke barn og foreldres tilknytning og oppdage problem med ernæring og vektoppgang er hjemmebesøk innen 7-10 dager etter fødsel i familiens eget miljø den beste arena. Tilsynet med helsestasjon- og skolehelsetjenesten fra 2013 avdekket at mange kommuner ikke tilbyr hjemmebesøk.

Tabell 5-1 Andel barn som får helseundersøkelser tidlig i livet 2012-2016

	2012	2013	2014	2015	2016
Andel nyfødte med hjemmebesøk innen to uker etter hjemkomst	79	81	82	83	88
Andel spedbarn som har fullført helseundersøkelse innen utg. av 8. leveuke	96	98	99	97	98
Andel barn som har fullført helseundersøkelse ved 2-3 års alder	92	95	98	98	98
Andel barn som har fullført helseundersøkelse ved 4 års alder	91	93	96	96	96
Andel barn som har fullført helseundersøkelse innen utgangen av 1. skoletrinn	90	91	94	96	95

Kilde: Helsedirektoratet, 2017

Tabellen over viser at helseundersøkelsene for barn tidlig i livet foretas på nesten alle barn i Norge. Det er små endringer de siste årene. Allikevel er det en positiv utvikling når det gjelder andel nyfødte som mottar hjemmebesøk og andel barn som får helseundersøkelse i 1 trinn på barneskolen. Andel spedbarn med fullført helseundersøkelse innen 8. uke er høyt, og viser at helsestasjonen har en unik posisjon og mulighet til å nå alle deler av befolkningen.

Barn med fullført helseundersøkelse ved 2-3 års alder skal i følge Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon og skolehelsetjenesten gjennomføres av helsesøster og lege. Rapporteringen i KOSTRA sier kun om barnet har hatt konsultasjon ved to årskontroll, og ikke om barnet har vært hos en eller begge fagpersonene. Fra 2018 vil KOSTRA skjema skille på om barnet har vært hos både lege og helsesøster ved to års alder. Neste faste konsultasjon er ved fire års alder og er siste kontakt med helsestasjon før skolestart. Hvis tiden mellom konsultasjonene øker, øker også risikoen for ikke å oppdage skjevutvikling og ugunstige oppvekstvilkår.

Skolestartundersøkelse skal ifølge anbefalinger i ny nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon- og skolehelsetjeneste gjennomføres i løpet av 1. klassetrinn på skolen. Barn og unge rapporterer selv at skolehelsetjenesten er lite tilgjengelig når de trenger det, og at de ønsker åpen skolehelsetjeneste hver dag.

Basert på registerdata utarbeider Statistisk sentralbyrå en oversikt over antall årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. I denne statistikken skilles det per dags dato ikke mellom de ulike typer tjenester. Fra og med 2017 vil kommunene via KOSTRA innrapportere årsverksdata fordelt på deltjenester.

Helsedirektoratet gjennomførte i 2016 en kartlegging av årsverk i kommunene, fordelt på deltjenestene svangerskaps- og barselssomsorg, helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom.

Tabell 5-2: Årsverk fordelt på deltjenester og andel årsverkene utgjør av totale årsverk. Landet. 2016

	Årsverk *	Andel
Svangerskaps- og barselomsorg	424,5	10,3
Helsestasjon 0-5 år	1 860,4	45,2
Skolehelsetjenesten barneskole	985,1	23,9
Skolehelsetjenesten ungdomsskole	480,9	11,7
Skolehelsetjeneste vgs	257,9	6,3
Helsestasjon for ungdom	109,6	2,7
Sum	4 118,3	100,0

* Årsverk som ikke er splittet på tjenesteområde er utelatt.

Kilde: Helsedirektoratet

I skolehelsetjenesten er det skilt mellom årsverk i barneskolen, ungdomskolen og videregående skole. Yrkesgruppene som ble inkludert i rapporteringen var lege, helsesøster, jordmor, fysioterapeut, psykolog/spesialist i psykisk helse, annet fagpersonell, ledere, hjelpepersonell.

På landsbasis er om lag 45 prosent av årsverkene i helsestasjons- og skolehelsetjenesten knyttet til helsestasjon 0-5 år. 10 prosent av årsverkene er knyttet til svangerskaps- og barselomsorg. Skolehelsetjenesten for barneskolen har rundt 24 prosent av årsverkene, ungdomsskolen 12 prosent og videregående skole 6 prosent. 2,7 prosent av årsverkene i helsestasjons- og skolehelsetjenesten brukes i helsestasjon for ungdom.

Erfaringer fra denne kartleggingen vil benyttes i det pågående arbeidet med å inkorporere årsverksdata fra tjenestene inn i KOSTRA- rapporteringen. I rapporten er dagens bemanning satt opp mot anbefalt normering i de ulike deltjenestene og faggruppene helsesøster, lege og fysioterapeut. På lands-

basis er det gjennomsnittlig 1,75 årsverk helsesøster per 1000 elever i barne- skole, som ikke samsvarer med anbefalt normering på 3, 5 årsverk. Basert på innrapporterte årsverk er det kun helsesøsterårsverk i ungdomsskolen som ligger over den normerte anbefalingen på landsbasis. Fem fylker ligger over normert anbefaling for helsesøstre i videregående skole, men landssnittet ligger under anbefalingen.

Legeårsverk er gjennomsnittlig 0,05 årsverk per 1000 elever (Helse- direktoratet, 2016d).

6. Arbeidsliv

Færre rapporterer om arbeidsmiljøbelastninger nå enn for noen år tilbake, men det er fortsatt betydelige utdanningsforskjeller. Arbeidstakere med kort utdanning er i større grad eksponert for fysiske og kjemiske belastninger, mens belastningene blant arbeidstakere med lenger utdanning er i større grad knyttet til psykososiale forhold, slik som hyppige omstillinger. Langtidsarbeidsledigheten har økt noe de siste par årene. I 2016 var i gjennomsnitt 21 900 personer registrert som langtidsledige. Om lag 60 prosent av nyankomne flyktninger går over i arbeid eller utdanning etter gjennomført introduksjonsprogram, og andelen har holdt seg stabil. Sysselsettingsgraden blant innvandrere til Norge er lavere enn i befolkningen for øvrig, men øker med utdanningslengde og botid. Andelen langtidssykemeldte som kommer i arbeid igjen har økt og ligger nå på rundt 80 prosent, men her er det variasjoner målt

etter yrke. Flere seniorer står lenger i arbeid, og flere kombinerer arbeid og pensjon. Yrkesaktiviteten for de over 50 år var i 2016 den høyeste som har vært målt etter 2000. Gjennomsnittlig avgangsalder fra arbeidslivet, for de som trer ut av arbeidslivet etter fylte 50 år, var 65,8 år i 2016.

6.1 Arbeid og helse

Sammenhengene mellom arbeid og helse er sammensatte og mangfoldige. Grovt sett kan man skille mellom helsekonsekvenser av å være i arbeid kontra å ikke være i arbeid, og helsekonsekvenser som skyldes ulike kvaliteter og faktorer i selve arbeidsmiljøet.

Det å være i arbeid kan være helsefremmende i seg selv; gjennom arbeidsdeltagelse inngår man i et sosialt fellesskap og arbeidsoppgavene kan være kilde til mening, mestring og personlig utvikling. Indirekte genererer arbeidsdeltagelse ressurser som gjør oss i stand til å leve selvstendige og forutsigbare liv, og sikrer tilstrekkelige materielle levekår. Alt dette er viktige faktorer for et liv med god helse og livskvalitet.

De som er i arbeid har gjennomgående bedre helse enn de som befinner seg utenfor arbeidsmarkedet (Dahl, Harsløf og Wel 2010). Mange som faller ut av arbeidslivet gjør dette på grunn av nedsatt helse, så funnene som viser helseforskjeller mellom yrkesaktive og yrkespassive kan til en viss grad tilskrives en helsemessig seleksjon. Videre kan denne seleksjonen skyldes økende utdanningskrav i arbeidslivet. Risikoen for å falle ut av arbeidslivet ved nedsatt helse er størst i gruppen med kort utdanning. Enkelte studier viser en direkte negativ helseeffekt ved tap av arbeid (Rege, Telle og Votruba 2005). Det finnes ulike grader av arbeidsmarkedstilknytning, noe som også viser seg å korrelere med helse. En finsk studie viser at jo nærmere «kjernen» i arbeidsmarkedet du er, dvs fast ansatt/midlertidig ansatt, jo bedre helse har du enn om du befinner deg i periferien i arbeidsmarkedet, som vikar, sesongarbeider og lignende (Dahl, Harsløf og Wel 2010).

Arbeidsmiljøet – og hvorvidt man er eksponert for ulike negative eksponeringsfaktorer vil påvirke helsen. Eksempler på negativ eksponering kan være alt fra støy og forurensning, til psykososiale påkjenninger som mangel på kontroll over egne arbeidsoppgaver, lite sosial støtte eller vold og trakassering. Ved å forebygge slike former for eksponering, fremmes helse og livskvalitet.

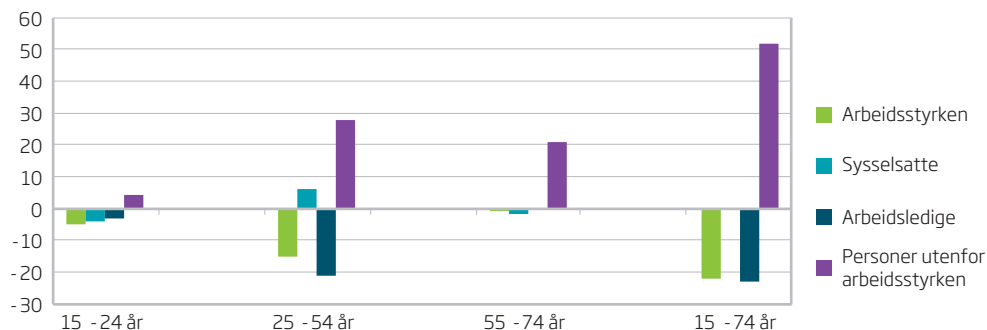
Forebyggende strukturelle tiltak i arbeidsmiljøet vil kunne bidra til lavere sykefravær.

6.2 Kjennetegn ved det norske arbeidsmarkedet

Norsk arbeidsliv kjennetegnes av høy sysselsettingsgrad, dvs at andelen som deltar i arbeidslivet er høy, sammenlignet med andre land i Europa, og det er særlig inkluderingen av kvinner, yngre, eldre, kort utdannede og folk med nedsatt helse som setter Norge i en særstilling i europeisk målestokk (Dahl, Bergsli og Wel 2014).

Tall fra Eurostat 2016 viser at Norge er blant de landene i Europa med høyest andel kvinner i arbeidslivet sammen med Island, Sverige og Sveits. SSBs arbeidskraftsundersøkelse (AKU) viser at det i 3.kvartal 2017 var 69,4 prosent sysselsatte menn og 64,8 prosent kvinner i Norge i alderen 15-74 år. Stadig flere sysselsatte kvinner jobber heltid, og i 3.kvartal 2017 var andelen heltids-arbeidende kvinner 65 prosent mot 85 prosent for menn.

Også sysselsettingsgraden blant innvandrere er høy i Norge sammenliknet med andre land, men også her har innvandrere lavere sysselsettingsgrad enn befolkningen for øvrig, med 60,2 prosent mot 66,7 prosent i 2016 (SSBs registerbaserte sysselsettingsstatistikk). Så lenge det kommer innvandrere med behov for norskopplæring og annen kvalifisering for å komme i arbeid vil det kunne forventes et slikt gap. Det er imidlertid store forskjeller mellom ulike grupper; de som har kommet til Norge som flyktninger, som har kort utdanning og kort botid i Norge, har lavest sysselsetting. Det gjelder mange innvandrere fra Asia og Afrika, og særlig kvinner. Innvandreres sysselsetting øker med botiden, men allikevel ser den for en del grupper ikke ut til å komme opp på nivået for resten av befolkningen.



Figur 6-1. Endringer i befolkningen i yrkesaktiv alder etter arbeidsstyrkestatus. 1 000 personer. 3. kv. 2016 – 3. kv. 2017. Kilde: Arbeidskraftundersøkelsen AKU, SSB

Ser vi på de ulike aldersgruppene har sysselsettingen kun økt i aldersgruppen 25-54 år fra 3. kvartal 2016 til 3. kvartal 2017 (figur 6-1). Den har gått noe ned i den yngste aldersgruppen fordi flere er under utdanning, i tillegg til at færre kombinerer utdanning og arbeid. Det var også en liten nedgang i antall sysselsatte mellom 55 og 74 år, samtidig som det var en økning i antall alderspensjonister i denne aldersgruppen sammenliknet med 3. kv. 2016. Det totale antallet sysselsatte var uendret fra 3. kv. 2016 til 3. kv. 2017 ifølge AKU-tall, mens befolkningen mellom 15-74 år økte. Sysselsettingsgraden var dermed 0,5 prosentpoeng lavere enn i 3. kv. 2016, og nedgangen gjaldt både menn og kvinner. Selv om sysselsettingsgraden i Norge fortsatt er blant de høyeste i Europa, har den vist en nedadgående trend siden 2008, noe som blant annet kan sees i sammenheng med en aldrende befolkning. Yrkesdeltakelsen, det vil si andelen av befolkningen mellom 15 og 74 år som enten er sysselsatt eller arbeidsledig, falt også fra 3. kv. 2016 til 3. kv. 2017.

Sysselsettingen målt med SSBs arbeidskraftundersøkelse (AKU) har vist en svakere utvikling enn tallene fra kvartalsvis nasjonalregnskap (KNR). Sysselsettingen målt med AKU inkluderer kun personer registrert bosatte i Norge, og er derfor lavere enn sysselsettingen slik den beregnes i kvartalsvis nasjonalregnskap. Sistnevnte inkluderer også sysselsatte på korttidsopphold, det vil si midlertidig sysselsatte som ikke er registrert bosatte, samt sysselsatte i utenriks sjøfart

Ifølge KNR-tall økte antall sysselsatte med nesten 32 000 fra 3. kv. 2016 til 3. kv. 2017. Andelen sysselsatte i offentlig sektor var på 30,2 prosent i 3. kvartal 2017, og det er undervisningssektoren og helse- og sosialtjenestene som dominerer. 69,8 prosent var sysselsatte i privat sektor, med varehandel og bygg og anlegg som dominerende næringer.

6.3 Kjennetegn ved arbeidsmiljøet i Norge

I internasjonale sammenlikninger (OECD 2014) kommer Norge godt ut på de fleste arbeidsmiljøfaktorer med betydning for helse og trivsel (Aagestad, Bjerkan og Gravseth, 2017). De aller fleste arbeidstakere i Norge arbeider under trygge og forsvarlige forhold. Men det vil alltid være en risiko for å bli utsatt for eksponering som kan gi helseplager både på kort og lang sikt. Disse arbeidsmiljøfaktorene deles inn i organisatoriske (inkludert arbeidstid), ergonomiske/ mekaniske, fysiske, kjemiske og psykososiale. Graden av eksponering henger sammen med type yrke, og vi finner en sosial skjevfordeling, i form av utdanningsforskjeller, særlig når det gjelder kjemisk og fysisk eksponering samt mekaniske arbeidsmiljøbelastninger.

Mekanisk eksponering på arbeidsplassen har betydning for utviklingen av muskel- og skjelettplager. Tunge løft kan utløse plutselige ryggsmarter, og vedvarende statiske muskelsammentrekninger kan føre til betennelsesreaksjoner og smerte i muskelen som benyttes. For enkelte mekaniske faktorer, som å løfte i ubekvemme stillinger og arbeide med hendene løftet i skulderhøyde, har eksponeringen gått ned de siste tjue årene, mens arbeid sittende på huk eller stående på knærne har vært relativt stabilt i samme periode. Arbeid som medfører gjentatte og ensidige hånd- eller armbevegelser og stående arbeid, utgjør de absolutt vanligste mekaniske eksponeringene, og prosentandelen som oppgir dette, har vært relativt stabil de siste tjue årene. Det er en klar sammenheng mellom utdanningslengde og mekanisk eksponering (Faktabok om Arbeidsmiljø og helse 2015, STAMI).

Symptomer fra lunger og luftveier er de sykdomsplatene som oftest utredes ved de arbeidsmedisinske avdelingene i Norge. Ser vi på innånding av støv, røyk og eksos i arbeidsatmosfæren, oppleves dette av 17 prosent av de yrkesaktive. Eksponeringen er høyere for dem som ikke har utdanning ut over videregående skole (22 - 24 prosent), mens de med høyskole og universitet eksponeres langt mindre (3 - 6 prosent). Innånding av gass, damp og kjemikalier forekommer hos 13 prosent av de yrkesaktive, tilsvarende om lag 330 000 personer (STAMI, 2015). Hudplager oppgis å være om lag like utbredt i dag som for tjue år siden og ser vi på utviklingstrekk i eksponeringen for hudirriterende stoffer de siste ti årene, er det ingen endring i andelen som oppgir hudkontakt med oljer /smøremidler eller hyppig kontakt med vann. Selv om den totale eksponeringen for sterk støy er betydelig redusert de siste årene er det fortsatt slik at støyskader er den arbeidsrelaterte sykdommen som hyppigst blir meldt til Arbeidstilsynet.

Studier av det psykososiale arbeidsmiljøet tar ofte utgangspunkt i to hovedmodeller; krav- kontrollmodellen og innsats - belønningsmodellen. Krav - kontrollmodellen (Karasek og Theorell, 1990) går i korthet ut på at dersom arbeidstakere stilles overfor krav (i form av krav til tempo, mengde og tidsfrister) i arbeidslivet som ikke motsvares av tilstrekkelig kontroll dvs muligheter for selvbestemmelse i arbeidet, så vil dette kunne føre til redusert mestring i arbeidet og helsemessige belastninger for arbeidstaker. Tilgang på sosial, kollegial støtte vil kunne fungere som en buffer mot denne type eksponering.

Innsats-belønningsmodellen (Siegrist,1986) handler om å få en rimelig gjenytelse for det man presterer i arbeidslivet. Det vil med andre ord være slik at en ubalanse mellom det man yter og det man forventer å få igjen av for eksempel lønn, karrieremuligheter og anerkjennelse, frambringer negativt stress. Epidemiologiske kohort-studier har vist at begge modellene kan forklare økt risiko for depresjon, hjerte-kar sykdom og andre stressrelaterte helseplager (Wahrendorf et al. 2013).

I følge Faktaboken om arbeidsmiljø og helse 2015 (STAMI) oppgir totalt 25 prosent at de opplever lav jobbkontroll i form av at de i liten grad selv kan bestemme tempo, hvordan arbeidet skal utføres, og hvilke arbeidsoppgaver som skal utføres, eller påvirke beslutninger. Graden av kontroll over egen arbeidsdag er sosialt skjevfordelt – grupper med lang utdanning rapporterer større grad av kontroll enn personer med kortere utdanning. Om lag 16 prosent befinner seg i en arbeidssituasjon kjennetegnet av høye jobbkrav i kombinasjon med lav jobbkontroll, mens om lag 11 prosent opplever en ubalanse mellom den innsatsen de legger ned i arbeidet, og den belønningen de mottar i form av anerkjennelse eller lønn.

Arbeidsmiljøloven skal sikre arbeidstakere full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger. Arbeidstilsynet som har som sin hovedoppgave å føre tilsyn med virksomhetene for å påse at de følger kravene i arbeidsmiljøloven, og dermed forebygger fysiske og psykiske belastninger, samt arbeidsrelaterte skader og sykdom. Arbeidsskader antas å utgjøre ca.12 prosent av alle skadetilfeller i Norge og en særlig høy risiko observeres blant unge menn. Håndverkere og ansatte i primærnæringene er mest utsatt.

6.3.1 Arbeidsmiljøeksponering

Vi kan følge utviklingen i arbeidsmiljøet i Norge ved å følge med på indikatorer levert av avdeling for Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og helse (NOA) ved Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI). Figurene på neste side viser fordeling av

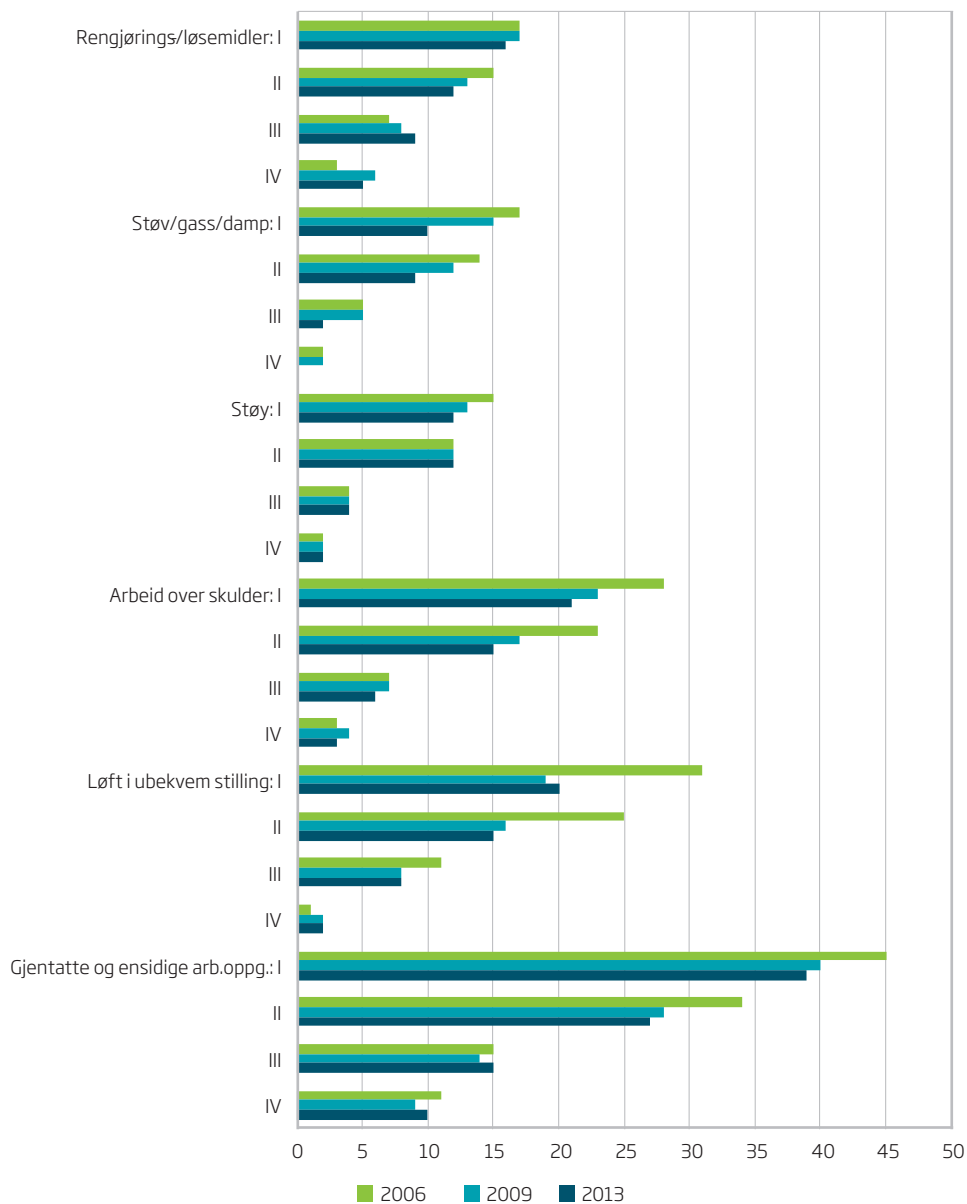
et bredt spekter av ulike eksponeringsfaktorer og forekomsten av disse i fire utdanningsgrupper.

Tallene er hentet fra SSB sin Levekårsundersøkelse, noe som gjør det mulig å se på utviklingen i perioden 2006 – 2013.

Indikatorer:

- Andel som oppgir eksponering av ulike fysiske og kjemiske arbeidsmiljøfaktorer etter utdanningsgruppe
- Andel som oppgir eksponering av ulike psykososiale og organisatoriske arbeidsmiljøfaktorer etter utdanningsgruppe

Som vi ser av figuren under så har det vært en positiv utvikling, i form av nedgang i helseskadelig eksponering for kjemiske, fysiske og mekaniske risikofaktorer i arbeidsmiljøet i Norge fra 2006 til 2013. Figuren viser videre at det er en gradient i graden av eksponering; grupper med kortere utdanning eksponeres mer enn grupper med lengre utdanning.



Figur 6-2 Andel som oppgir eksponering av ulike fysiske og kjemiske arbeidsmiljøfaktorer etter utdanningsgruppe 2006-2013. Kilde: SSB/STAMI

Utdanningsgrupper:

I: Ungdomsskole

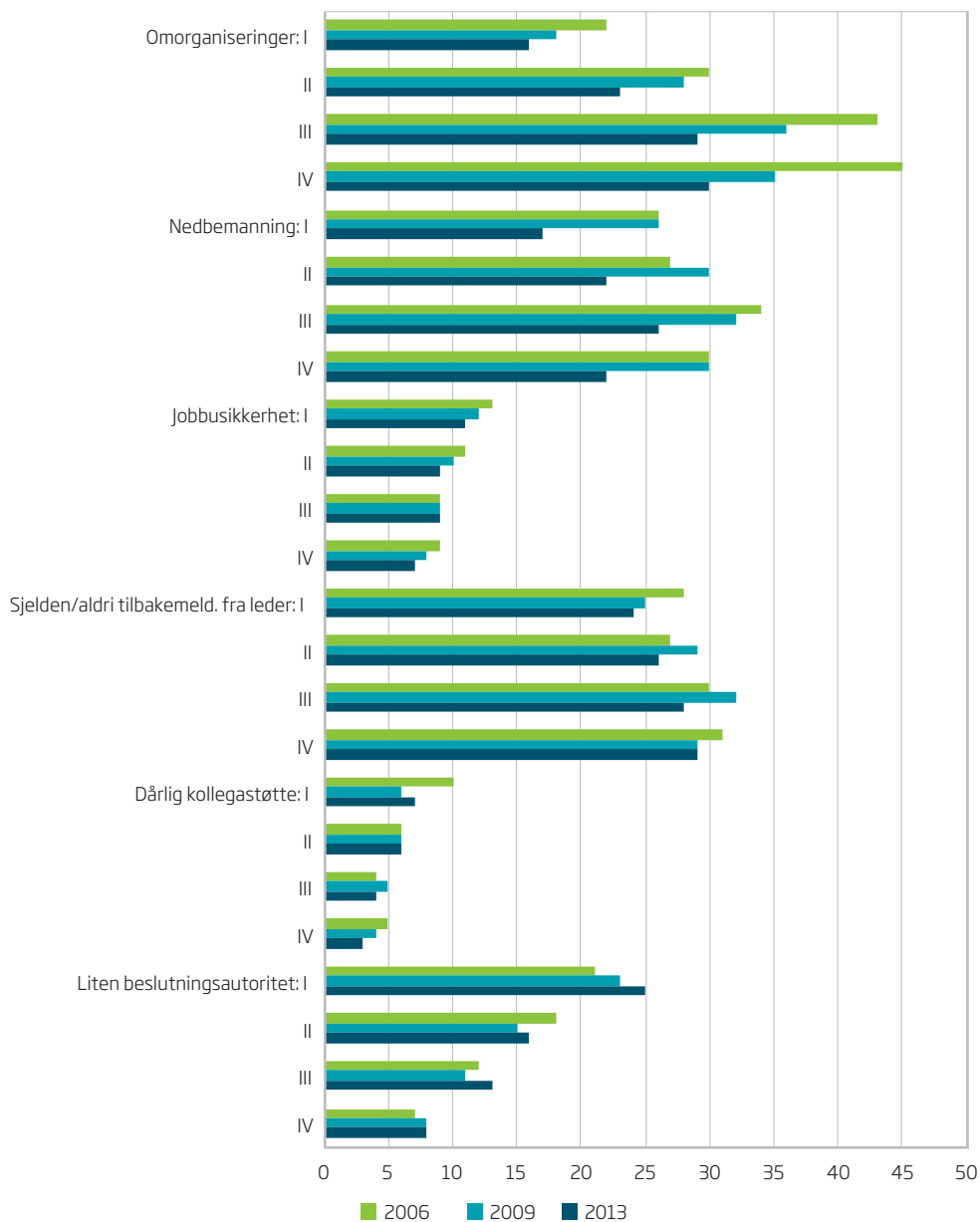
II: Videregående

III: Universitet/høgskole < 4 år

IV: Universitet/høgskole > 4 år

I figur 6-3 ser vi på organisatoriske og psykososiale faktorer og her er bildet mer sammensatt. Gruppen med lengst utdanning rapporterer oftere om omorganiseringer enn de øvrige utdanningsgruppene. Det er ingen klare forskjeller når det gjelder hvem som opplever nedbemanning, men når det gjelder opplevd liten beslutningsautoritet, jobbusikkerhet og dårlig kollegastøtte så er det en sosial skjevfordeling der de med lavere utdanning er mest utsatt.

Som regel henger ulike eksponeringsfaktorer sammen; jobbkontroll er en risikofaktor som også kan ha betydning for andre type eksponeringer. Ifølge Faktaboken 2015, vil mange av de som rapporterer tungt fysisk arbeid, og er utsatt for støv og støy også rapportere om lav jobbkontroll/beslutningsautoritet. Å sikre sunne arbeidsmiljøer for alle vil kunne bidra til å redusere sosiale helseforskjeller.



Figur 6-3 Andel som oppgir eksponering av ulike psykososiale og organisatoriske arbeidsmiljøfaktorer etter utdanningsgruppe 2006-2013. Kilde: SSB/STAMI

Utdanningsgrupper:

I: Ungdomsskole

II: Videregående

III: Universitet/høgskole < 4 år

IV: Universitet/høgskole > 4 år

STAMI publiserer en ny «Faktabok om arbeidsmiljø og -helse» i 2018, hvor status og utviklingstrekk for en rekke arbeidsmiljøfaktorer beskrives nærmere. I påvente av denne rapporten viser vi noen utvalgte arbeidsmiljøfaktorer fra den europeiske arbeidsmiljøundersøkelsen (EWCS), hvor også Norge deltar.

Denne undersøkelsen ble sist gjennomført i 2015, med om lag 44 000 respondenter fra 35 land, herav drøyt 1000 fra Norge.

Tabell 6-1 viser noen norske tall fra denne undersøkelsen. Man ser også her at det er en sosioøkonomisk skjevfordeling i arbeidsmiljøeksponering. Spørsmålene som stilles i EWCS er ikke likt formulert med spørsmålene som stilles i levekårsundersøkelsen, slik at man kan ikke sammenlikne undersøkelsene direkte. Det er også viktig å merke seg at levekårsundersøkelsen, er en mye større undersøkelse med mer robuste resultater.

Utdanningsnivå	Støv/ gass/ damp	Støy	Vibra- sjoner	Ensidige hånd- eller arm- bevegelser	Smerte- fulle arbeids- stillinger	Bestemme rekkefølgen på arbeids- oppgaver	Jobber i høyt tempo (3/4 deler av dagen eller mer)
Universitets- og høyskole- utdanning, mer enn 4 år	2	12	5	40	9	92	38
Universitets- og høyskole- utdanning, inntil 4 år	7	21	10	51	27	85	40
Videre- gående utdanning	16	33	26	57	28	78	37
Ungdoms- skole	16	32	32	56	26	75	44
Gjennom- snitt	11	25	18	52	24	82	38

Tabell 6-1 Arbeidsmiljøeksponering etter utdanningsnivå. Prosent. Kilde EWCS 2015/STAMI

I et europeisk perspektiv viser resultatene fra denne undersøkelsen at Norge kommer godt ut når det gjelder samtlige kjemiske og fysiske eksponeringsforhold i arbeidet, med unntak av å være utsatt for lav temperatur innendørs og

utendørs. Når det gjelder mekaniske forhold rapporterer norske yrkesaktive lavere forekomst av anstrengende eller smertefulle arbeidsstillinger og gjentatte eller ensidige hånd- eller armbevegelser, sammenliknet med EU-gjennomsnittet. Løfting eller flytting av tunge ting er like utbredt i Norge som i EU, mens løfting eller flytting av mennesker er mer vanlig i Norge enn i EU. Det psykososiale og organisatoriske arbeidsmiljøet vurderes som godt blant norske yrkesaktive. De fleste er tilfredse med arbeidsforholdene, er motiverte og engasjerte i arbeidet og opplever gode muligheter for faglig videreutvikling sammenliknet med EU-gjennomsnittet.

Norske yrkesaktive oppgir høyere intensitet i arbeidet i form av høyt arbeidstempo, forstyrrende avbrytelser og antall krav som stilles i arbeidet, men også stor grad av selvbestemmelse knyttet til egen arbeidssituasjon. Organisatoriske endringer er utbredt i Norge, men også medvirkning og deltakelse i utviklingen av organisasjonen de arbeider i, samtidig som jobbusikkerheten er lav. Norske yrkesaktive er som i 2010-undersøkelsen blant dem som er mest utsatt for negative sosiale relasjoner som vold, ydmykende oppførsel og seksuell trakassering på jobb (Aagestad, Bjerkan & Gravseth, 2017).

6.4 Inkludering i arbeidslivet

Et overordnet mål i arbeidsmarkedspolitikken er å legge til rette for et inkluderende arbeidsliv. Dette kommer til uttrykk i avtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen 2014- 2018), som er inngått av partene i arbeidslivet. Et inkluderende arbeidsliv handler om å senke terskelen for de som har nedsatt arbeidsevne, eller på annen måte opplever ulike former for barrierer for deltagelse i arbeidsmarkedet. I tillegg til nedsatt helse, kan slike barrierer være svake språkferdigheter, manglende kompetanse og liten arbeidserfaring.

Mange kan oppleve perioder uten arbeid, og i løpet av 2016 var rundt 337 000 personer registrert ved NAV som arbeidssøker i en kortere eller lengre periode. Antallet arbeidssøkere til en hver tid var i gjennomsnitt 136 000 personer. Blant disse var 84 000 helt ledige, mens de øvrige enten var delvis ledige eller tiltaksdeltakere.

Indikatorer:

- Andel langtidsledige etter yrke
- Personer med avgang fra status arbeidssøker 3. kvartal 2016 fordelt etter status på arbeidsmarkedet 1. kvartal 2017
- Personer med avgang fra status nedsatt arbeidsevne 3. kvartal 2016 fordelt etter status på arbeidsmarkedet 1. kvartal 2017
- Andel deltakere i introduksjonsprogrammet i arbeid eller utdanning ett år etter avsluttet introduksjonsprogram

6.4.1 Arbeidsledighet

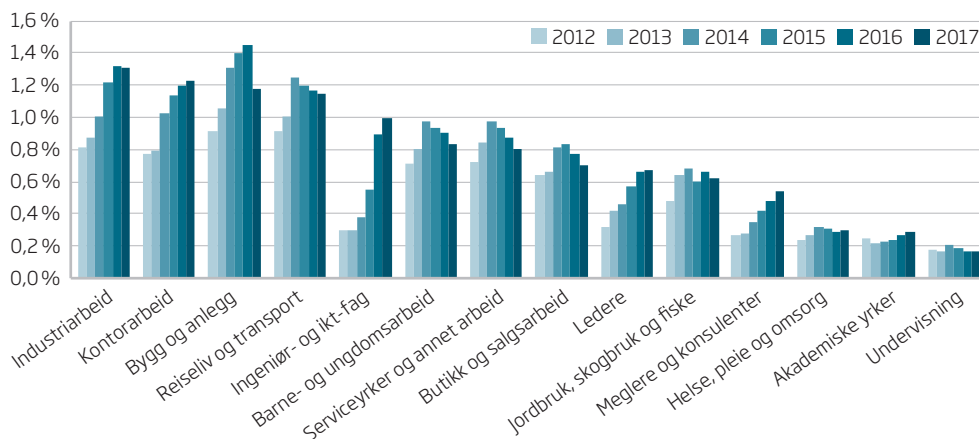
De fleste arbeidssøkere går raskt tilbake i jobb, men for noen blir ledigheten mer langvarig.

Arbeidssøkere som har vært helt uten arbeid og ikke heller deltatt i arbeidsmarkedstiltak i mer enn seks måneder defineres som langtidsledige i NAVs statistikk. Flere studier viser klare negative helsekonsekvenser av langvarig arbeidsledighet; særlig ser dette ut til å være forbundet med økt grad av psykiske plager og symptomer (Claussen mfl. 1993, Nylenna 2015).

Begreper og definisjoner

NAV definerer helt ledige arbeidssøkere som «alle arbeidssøkere som har vært uten inntektsgivende arbeid de siste to ukene», og delvis ledige arbeidssøkere som «alle arbeidssøkere som har hatt inntektsgivende arbeid i løpet av de to siste ukene, men som søker arbeid med lengre arbeidstid».

(Arbeid og velferd, 2015:1)



Figur 6-4 Langtidsledige i prosent av arbeidsstyrken i de enkelte yrker 2012 - 2017. Kilde: NAV

I gjennomsnitt var 21 900 personer langtidsledige i 2016, som er omtrent det samme som i 2015 og som hittil i 2017. Langtidsledige som andel av arbeidsstyrken i 2017 har blitt beregnet som gjennomsnittet av perioden januar-oktober 2017. Langtidsledigheten følger den generelle utviklingen i arbeidsledigheten. Langtidsledige som andel av arbeidsstyrken har økt siden 2014 som følge av nedgangskonjunkturen drevet av lavere aktivitet i oljenæringen. De yrkesgruppene som har høyest ledighet har også mange langtidsledige slik som bygg og anlegg eller industri, og motsatt er undervisning og akademiske yrker de yrkesgruppene med lavest ledighet generelt sett.

I 2015 og 2016 økte arbeidsledigheten som følge av nedgangskonjunkturen drevet av lavere aktivitet i oljenæringen. Dette medførte også at det ble vanskeligere for de arbeidsledige å få jobb, og flere ble langtidsledige. Særlig gjaldt dette yrker knyttet til oljenæringen, som industriarbeid og ingeniør- og ikt-fag. Blant ingeniører var økningen i ledigheten særlig stort, og i 2017 er langtidsledige ingeniører som andel av arbeidsstyrken cirka tre ganger høyere enn i 2013. Andre konjunkturutsatte yrker som bygg og anlegg har også hatt en økning i antall langtidsledige. Innen helse, undervisning og akademiske yrker er ledigheten mindre påvirket av konjunktorene og jevnt over svært lav. Dermed får man heller ikke så store svingninger i langtidsledigheten.

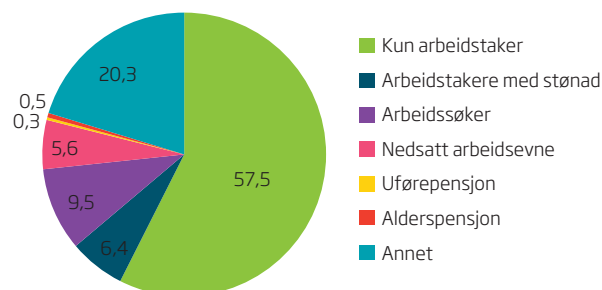
6.4.2 Tilbakeføring til arbeid

Personer med nedsatt arbeidsevne er personer som på grunn av helsemessige eller andre særlige utfordringer har et mer omfattende bistandsbehov fra NAV. NAV produserer statistikk om overgang til arbeid og ulike ytelser for både

arbeidssøkere og personer med nedsatt arbeidsevne. Svært få arbeidssøkere går over til uførepensjon, men blant personer med nedsatt arbeidsevne er andelen klart større. Dette er naturlig, da denne gruppen blant annet omfatter mottakere av arbeidsavklaringspenger, en ordning der hensikten er å avklare arbeidsmuligheter og uførerettigheter blant personer som har nedsatt arbeidsevne på grunn av sykdom, skade eller medfødte tilstander.

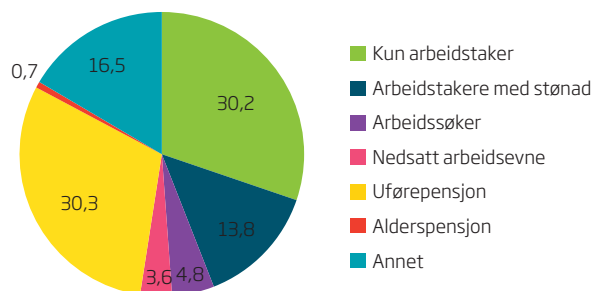
Figurene under viser status etter et halvt år for de som var registrert som ordinære arbeidssøkere hos NAV og de som var registrert med nedsatt arbeidsevne i 3. kvartal 2016.

Figur 6-5 viser at for ordinære arbeidssøkere er nesten to tredeler i jobb etter et halvt år. Dette inkluderer både de som kun er arbeidstakere og de som er arbeidstakere men mottar samtidig stønad. Blant ordinære arbeidssøkere er det en marginal andel (0,3 %) som går over til uførepensjon.



Figur 6 - 5 Personer med avgang fra status arbeidssøker i 3. kvartal 2016 fordelt etter status på arbeidsmarkedet 1. kvartal 2017. Prosent. Kilde: NAV

Figur 6-6 viser at for de med status nedsatt arbeidsevne er andelen som kommer tilbake i arbeid 44 prosent. I denne gruppen ser vi at en relativt stor del, 30 prosent, etter hvert går over på uførepensjon.



Figur 6-6 Personer med avgang fra status nedsatt arbeidsevne i 3. kvartal 2016 fordelt etter status på arbeidsmarkedet 1. kvartal 2017. Prosent. Kilde: NAV

Per 30. september 2017 var det registrert 323 000 mottakere av uføretrygd. Det er en økning på 5 200 personer, eller 1,6 prosent, i forhold til samme tidspunkt i 2016.

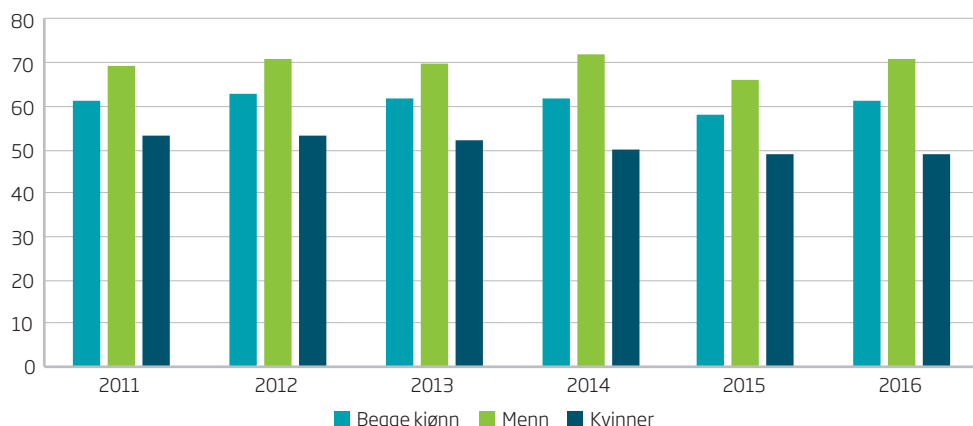
Antall mottakere av uføretrygd som andel av befolkningen mellom 18 til 67 år var på 9,6 prosent ved utgangen av tredje kvartal 2017. Det er en økning på 0,1 prosentpoeng siden samme tidspunkt i fjor. Det siste året har det vært en økning i uføreandelen i alle aldersgrupper fra 18 til 54 år. For uføre i alderen 55 til 59 år er andelen uendret, mens for de eldste fortsetter nedgangen i uføreandelen.

Selv om andelen uføre i alt øker på ett år, har det likevel vært en nokså stabil utvikling de siste 10 årene. Over flere år har uføreandelen gått ned for de over 55 år, men samtidig ser vi at andelen øker for de under 55 år. For de eldste startet nedgangen fra midten av 2000-tallet. Utviklingen kan trolig forklares med bedre helse, mindre fysisk krevende jobber og økt utdanningsnivå for de eldre, samtidig med at pensjonsreformen har åpnet for at flere kan ta ut alderspensjon/AFP fra 62 år.

6.4.3 Introduksjonsprogram for nyankomne flyktninger

Formålet med Lov om introduksjonsordning og norskopplæring for nyankomne innvandrere (introduksjonsloven) er å styrke nyankomne flyktningers mulighet for deltagelse i yrkes- og samfunnsliv, og deres økonomiske selvstendighet. Kommunene jobber med dette gjennom å tilby Introduksjonsprogram til nyankomne flyktninger. I løpet av 2016 deltok 24 000 personer i introduksjonsprogram. Dette er det høyeste antall deltakere siden programmet ble innført i 2004. I 2016 var det flest deltakere fra Syria, etterfulgt av flyktninger fra

Eritrea og Somalia. SSB foretar en årlig gjennomgang av tidligere deltakers status på arbeidsmarkedet ett år etter endt program. Dette gir et inntrykk av hvor godt tiltaket bidrar til at nyankomne flyktninger kommer i arbeid og utdanning etter avsluttet program.



Figur 6-7 Tidligere deltakere i introduksjonsprogrammet i arbeid og/eller utdanning ett år etter avsluttet introduksjonsprogram i perioden 2011-2016 Prosent. Kilde: SSB

Resultatene for overgang til arbeid og utdanning har vært stabile over flere år, og har holdt seg på rundt 60 prosent siden introduksjonsprogrammet ble innført. Forrige måling fra SSB viste at 58 prosent av de som avsluttet introduksjonsprogrammet i 2014, var i arbeid eller utdanning i 2015. Fra og med resultatmålingen i 2015 ble data om sysselsatte delvis basert på et nytt datagrunnlag. Dette gjør at det blir vanskelig å sammenlikne resultater med tidligere tall for personer i arbeid.

Det er store forskjeller mellom menn og kvinner. Målingen i 2016 viser at 66 prosent av mennene og 49 prosent av kvinnene var i arbeid og/eller utdanning ett år etter avsluttet introduksjonsprogram. SSB sine målinger viser at resultatene varierer etter kjønn, alder og kommune, og vi ser at de yngste deltakerne i større grad går over i arbeid eller utdanning enn de eldste.

For at nyankomne flyktninger skal bli økonomisk selvhjulpne, er det avgjørende at de ulike sektorene samarbeider om å gi flyktninger tilgang til arbeidsrettede utdanning- og opplæringstiltak i introduksjonsprogrammet. De sentrale aktørene er kommunene, lokale NAV-kontorer, fylkeskommunene som har ansvar for videregående opplæring, fylkesmenn med tilsynsmyndighet for introduksjonsordningen, det lokale arbeidsmarkedet, og frivillige organisasjoner. Lokalt arbeidsliv spiller en særlig viktig rolle i kommunenes kvalifi-

seringsarbeid. Mer og tettere samarbeid med arbeids- og næringslivet kan gi økt tilgang på relevant arbeidspraksis og kvalifisering. Et slikt samarbeid kan også bidra til at kvalifiseringen i større grad tar utgangspunkt i behovet for arbeidskraft både på kort og lang sikt.

Fafos evaluering av norskopplæring og introduksjonsordning for nyankomne innvandrere, viser at det er stor variasjon mellom kommunenes tilbud og resultater (Djuve, Kavli, Sterri og Bråten, 2017). Fafo påpeker at introduksjonsprogrammet i for liten grad inneholder reelt kvalifiserende virkemidler. Fafo viser til at tiltakene som flyktningene gjennomfører i introduksjonsprogrammet ikke er utformet og dimensjonert slik at de fyller gapet mellom hva slags kompetanse deltakerne har i utgangspunktet, og hva som kreves i det norske arbeidsmarkedet. Fafo konkluderer med at den videre utviklingen av introduksjonsprogrammet ikke utelukkende bør være bedre bruk av programmet innenfor dagens rammer, men at det også bør tenkes nytt omkring virkemiddelbruken. Fafo vurderer at det er et stort behov for å utvikle utdanningsløp som er tilpasset voksne innvandrere, og som resulterer i formell kompetanse. Eksempel på dette kan være fagopplæring tilpasset nyankomne innvandrere.

Deltakere i introduksjonsprogrammet har i gjennomsnitt lavere utdanningsnivå enn resten av befolkningen. Blant nyankomne voksne flyktninger har ca. 50 prosent gjennomført grunnskole. Det er derfor viktig at flyktninger får et opplærings-/utdanningstilbud som gir mulighet til reel kvalifisering til arbeidsmarkedet. Forskning viser at voksne som gjennomfører fag- og yrkesopplæring har økt sannsynlighet for å komme i arbeid, og har økt sannsynlighet for å få en stabil tilknytning til arbeidslivet over tid.

Fylkesmannens tilsyn med introduksjonsloven i 2016, konkluderer også med at det er for lite bruk av grunnskole og videregående opplæring. Tilsynene viser at kommunene i stor grad fyller programtiden med ulike sosiale og trygghetsskapende tiltak som ikke er direkte kvalifiserende for arbeid eller videre utdanning.

6.5 Sykefravær

Legemeldt sykefravær, og særlig det fraværet som har en varighet utover 13 uker, synes å være en sterk risikofaktor for å havne utenfor arbeidslivet på mer permanent basis.

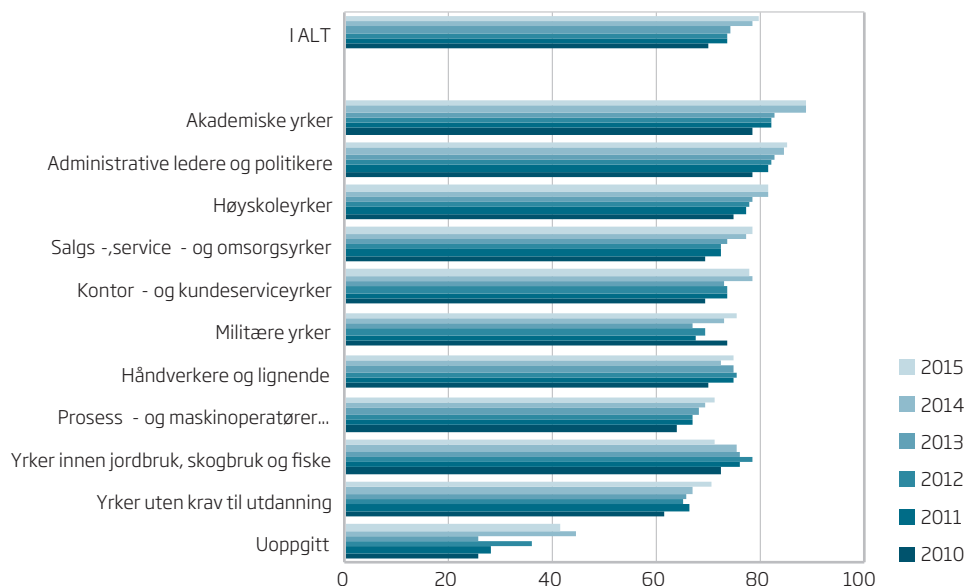
IA-arbeidet har hatt stort fokus på sykefravær, og sykefraværsoppfølgingen har hatt et sterkt fokus både i helsesektoren og i NAV. Det er derfor interessant å følge med på arbeidet med å få langtidssykemeldte tilbake til jobb.

Indikator:

- Andel langtidssykemeldte som er i arbeid ett år etter avsluttet sykefravær fordelt på yrke

Figuren viser at det er sosiale forskjeller i sannsynligheten for å komme tilbake til arbeid etter langtids sykefravær, målt etter yrke.

Andel langtidssykemeldte som er i arbeid ett år etter avsluttet sykefravær har økt hvert år siden 2010. Denne andelen var i gjennomsnitt i 2015 på 80 prosent, nesten ti prosentpoeng høyere enn i 2010. Alle yrkesgrupper, med unntak av yrker innen jordbruk, skogbruk og fiske, hadde en høyere andel lagtidssykemeldte i arbeid ett år senere i 2015 enn i 2010. Det var imidlertid fortsatt forskjeller mellom yrkesgruppene. I 2015 var andelen lagtidssykemeldte i arbeid ett år senere høyest innen akademiske yrker med 89 prosent og blant ledere med 85 prosent, mens for yrker uten krav til utdanning var andelen på rundt 70 prosent. Andelen var aller lavest for uoppgitt/yrker som ikke kan klassifiseres, med 42 prosent.



Figur 6-8. Andel langtidssykemeldte som er i arbeid ett år etter avsluttet sykefravær, fordelt på yrke. Prosent. Kilde: NAV

6.6 Seniorer i arbeidslivet

Det at vi lever lenger og at andelen eldre i samfunnet øker er et resultat av en helse- og velferdsutvikling gjennom flere år. Imidlertid kan en aldrende befolkning også skape utfordringer i form av økonomisk ubalanse mellom samfunnets inntekter og kostnader. Aldersbæreevne blir brukt som begrep for å forklare forholdet mellom den yrkesaktive befolkningen (16-66 år) og den eldre delen av befolkningen (67 år og eldre), og er viktig med tanke på framtidig pensjons- og velferdsordninger. Målet om flere aktive eldre involverer også arbeidsmarkedet, og det er viktig å følge med på utviklingen for de aldersgruppene som er på tampen av sitt yrkesliv.

Indikatorer:

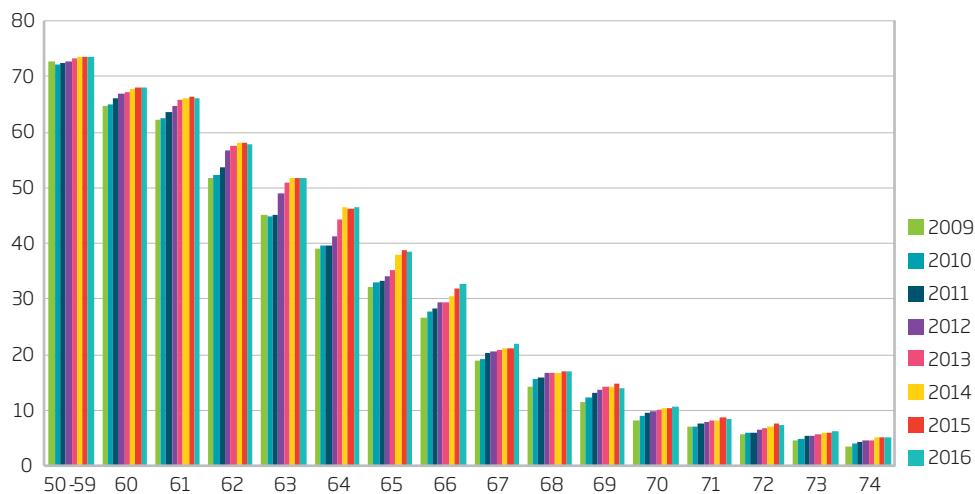
- Andel av befolkningen i registrert arbeid, etter alder
- Andel av 62-66 åringer som har valgt å ta ut alderspensjon etter yrke og kjønn
- Andel av arbeidstakerne 62-66 år som samtidig har tatt ut alderspensjon etter yrke og kjønn

For personer som er 50 år og eldre har det vært en vesentlig økning i sysselsettingen siden 2009 (figur 6-9). Pensjonsreformen har medført at det har vært en særlig økning i aldersgruppen 62- 66 år fra 2010 til 2016. Denne økningen gjorde seg gjeldene for 62-åringene fra 2011, og har siden forplantet seg til høyere aldre etter hvert som disse har blitt eldre. I tillegg bidro bortfall av avkortingen av alderspensjonen mot arbeidsinntekt for aldersgruppen 67-69 år i perioden 2008 – 2010 til økt sysselsetting for denne gruppen.

Samtidig har endringer i aldersgrensen i arbeidsmiljøloven bidratt til fjerning av noen av hindrene for at den enkelte arbeidstaker skal kunne stå lenger i jobb. I følge Seniorpolitisk barometer for 2017, sier 60 prosent av arbeidstakerne over 60 år at de ønsker å jobbe ut over ordinær pensjonsalder.

Utover det som følger av reform og regelverksendringer i pensjonssystemet har trolig bedre helse og økt utdanningsnivå blant eldre bidratt til den positive utviklingen i sysselsettingen blant eldre.

Selv om eldre arbeidstakere fortsetter lenger i arbeid og vi har sett en nedgang i bruk av uføretrygd for de eldste arbeidstakerne, er det likevel i overkant av 30 prosent av mennene og i underkant av 40 prosent av kvinnene som trer ut av arbeidslivet med uføretrygd. De fleste av disse mottar uføretrygd i en forholdsvis kort overgangsperiode på noen år før de fyller 67 år og får alderspensjon (Kann og Sutterud, 2017).



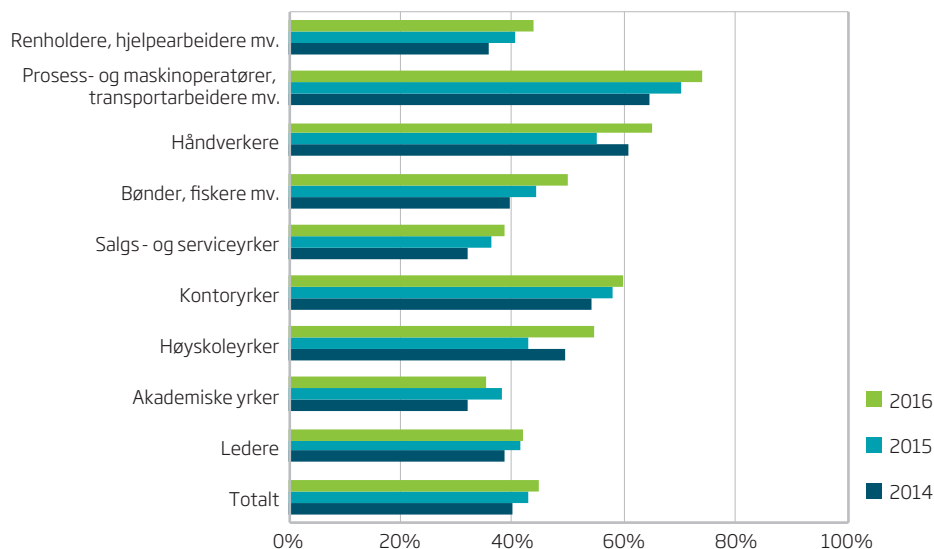
Figur 6-9 Andel av befolkningen i registrert arbeid, etter alder. 2. kvartal 2016. Kilde: SSB

6.6.1 Uttak av alderspensjon

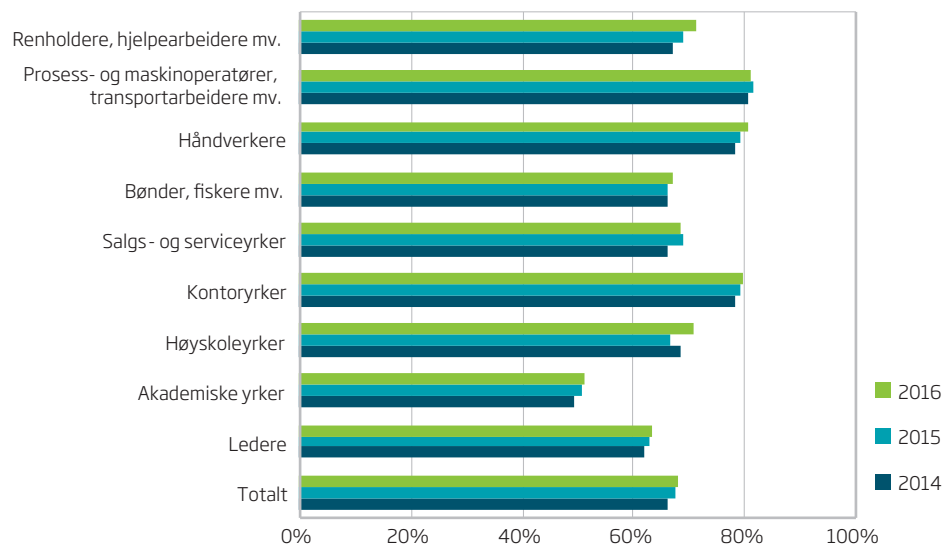
Statistikk fra NAV viser at yrkesaktiviteten blant de over 50 år antagelig er høyere enn noen sinne. I forrige IA-periode (2010–2013) ble det satt som mål at forventet yrkesaktivitet ved 50 år skulle forlenges med 6 måneder. Dette målet ble nådd i 2014 med en økning på oppunder 7 måneder. Et av tre hovedmål i den nye IA-avtalen (2014–2018) er at yrkesaktiviteten skal økes med 12 måneder, sammenlignet med 2009.

Ved utgangen av 2016 hadde forventet yrkesaktivitet ved 50 år økt med om lag 11 måneder sammenlignet med 2009 (Haga og Lien 2017). Fortsetter utviklingen som i perioden 2009–2016 vil målet nås med god margin i 2018.

Nedenfor ser vi to figurer som viser andelen av 62–66 åringer som har valgt å ta ut alderspensjon etter yrke. Det er en figur for kvinner og en figur for menn.



Figur 6-10 Andel av 62-66 åringer som har valgt å ta ut alderspensjon etter yrke. Kvinner. Kilde: NAV



Figur 6-11 Andel av 62-66 åringer som har valgt å ta ut alderspensjon etter yrke. Menn. Kilde: NAV

Andelene er beregnet utfra de personene som oppfyller vilkårene for uttak av alderspensjon før 67 år. Dette innebærer at personer som mottar andre pensjoner som ikke kan kombineres med alderspensjon (blant annet AFP i offentlig sektor og personer med mer enn 80 prosent uføretrygd) er utelatt. Personer uten tilstrekkelig høy pensjonsopptjening for uttak før 67 år er også

utelatt. Yrkesinndelingen er basert på yrket vedkommende var registrert med året før uttak av alderspensjon.

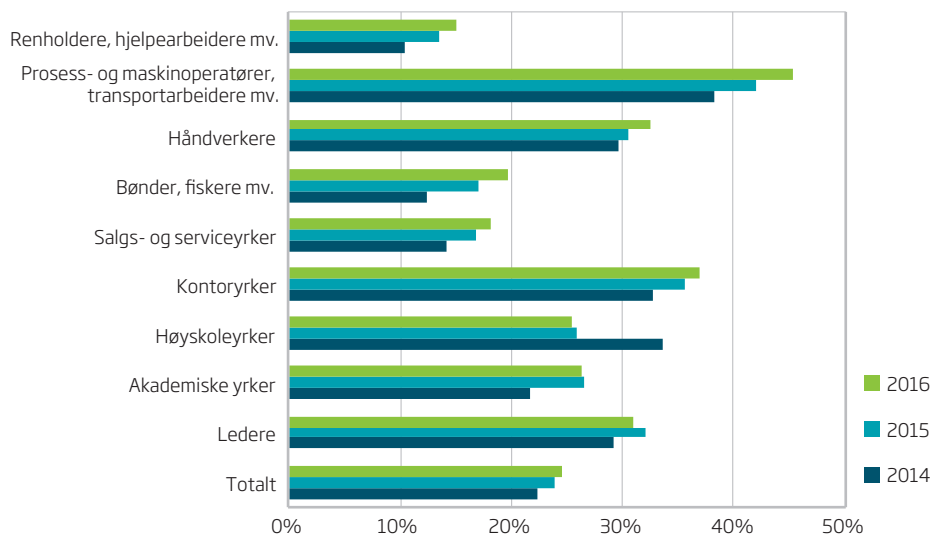
Antall alderspensjonister i aldersgruppen 62–66 år har totalt sett økt fra 80 000 ved utgangen av 2014 til 89 000 ved utgangen av 2016. Figurene over omfatter bare personer som var registrert i arbeid før uttak av alderspensjon, men vi ser tilsvarende økning i disse tallene. Andelen som har tatt ut alderspensjon før 67 år av de som oppfyller vilkårene, har økt for alle yrker i perioden 2014–2016. Dette er i tråd med den generelle tendensen der stadig flere velger å ta ut alderspensjonen tidlig, mange allerede fra 62 år.

Forskjellen i uttakssratene kan blant annet forklares av hvordan arbeidstakerne i de ulike yrkene fordeler seg etter sektor og kjønn. Menn har i langt større grad enn kvinner valgt å ta ut alderspensjonen tidlig, og det samme gjelder for ansatte i privat sektor. I offentlig sektor er AFP-ordningen beholdt som en egen tidligpensjonsordning som kan tas ut i alderen 62–66 år. Mange offentlig ansatte i denne aldersgruppen har derfor valgt å ta ut AFP fremfor alderspensjon. Dette bidrar til at uttakssratene for alderspensjon jevnt over blir lavere for yrker som i stor grad har arbeidstakere i offentlig sektor. At kvinner i mindre grad tar ut alderspensjonen tidlig enn menn, blant de som oppfyller vilkårene for det, skyldes trolig blant annet at kvinner har høyere forventet levealder enn menn og i mindre grad ser seg tjent med å ta ut alderspensjonen tidlig. Det kan også skyldes at kvinner i gjennomsnitt har lavere pensjonsopptjening enn menn, og derfor i mindre grad synes de vil få en alderspensjon de kan leve av ved å starte uttaket tidlig. Figurene over viser at uttakssratene er høyere for menn enn for kvinner for samtlige yrker.

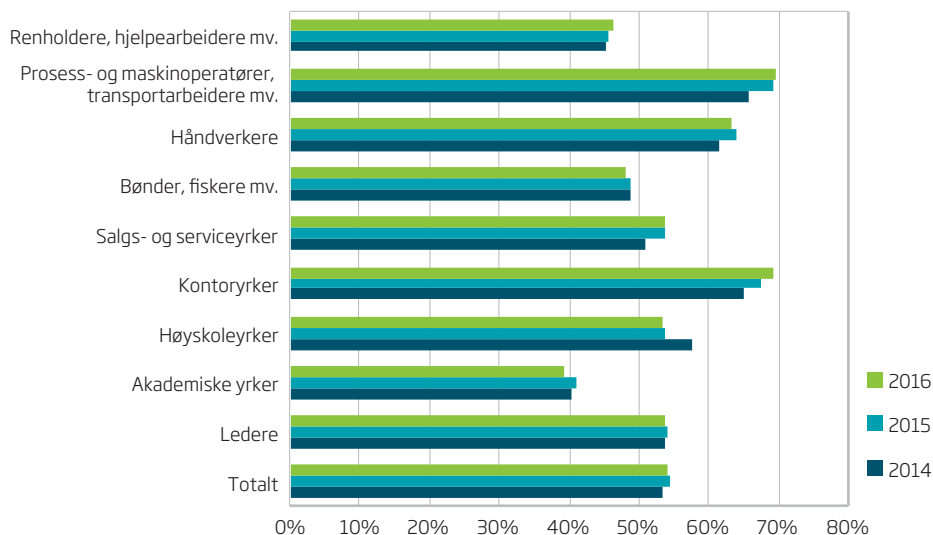
6.6.2 Kombinasjon av arbeid og alderspensjon

Muligheten til å ta ut alderspensjon fra 62 år ble innført med pensjonsreformen fra 2011. Antall alderspensjonister i aldersgruppa 62–66 år har økt jevnt siden 2011, og utgjør nesten 30 prosent av befolkningen i denne aldersgruppa. Mange av pensjonistene i denne aldersgruppen har valgt å fortsette i arbeid, ettersom pensjonen fritt kan kombineres med jobb uten at pensjonen ble redusert.

Men det er forskjeller mellom ulike yrkesgrupper når det gjelder å kombinere arbeid og pensjon – noe figurene under viser.



Figur 6-12 Andel av arbeidstakerne 62-66 år som samtidig har tatt ut alderspensjon. Kvinner.
Kilde: NAV



Figur 6-13 Andel av arbeidstakerne 62-66 år, som samtidig har tatt ut alderspensjon. Menn.
Kilde: NAV

Figurene over viser at svært mange av arbeidstakerne i alderen 62-66 år kombinerer alderspensjon og arbeid. Ved utgangen av 2016 gjaldt dette 53 000 personer, knapt 40 prosent av arbeidstakerne i denne aldersgruppen. Andelen har økt for alle yrker i perioden 2012-2014, bortsett fra for høyskoleyrker hvor

det har vært en markert nedgang. Dette er i tråd med den generelle tendensen med sterk økning i uttak av alderspensjon før 67 år. Forskjellen mellom yrkene kan også her forklares ut fra hvordan arbeidstakerne fordeler seg etter sektor og kjønn. Menn har i langt større grad enn kvinner valgt å ta ut alderspensjonen tidlig (for alle yrker), og det samme gjelder for ansatte i privat sektor. Kvinner oppfyller i mindre grad enn menn vilkårene for å ta ut alderspensjon før 67 år, og det er også en lavere andel som har valgt å ta ut alderspensjon blant de som har muligheten til det. I offentlig sektor er AFP-ordningen beholdt som en egen tidligpensjonsordning som kan tas ut i alderen 62–66 år. Mange offentlig ansatte i denne aldersgruppen har derfor valgt å ta ut AFP fremfor alderspensjon.

Selv om alderspensjonen har en fleksibel aldersgrense fra 62 til 75 år, velger de fleste å ta ut alderspensjon senest når de fyller 67–68 år. I aldersgruppen 67–69 år er det 90 prosent av arbeidstakerne som kombinerer arbeid med alderspensjon.

6.6.3 Seniorpolitiske virkemidler

Arbeidet med å få økt yrkesdeltakelsen hos eldre har foregått parallelt på flere områder.

Selv om yrkesdeltakelse og holdninger til eldre arbeidstakere har hatt en positiv utvikling over tid, viser praksis at det må sterkere innsats til for å øke yrkesdeltakelsen ytterligere slik bl.a. Perspektivmeldingen mener er nødvendig framover.

Senter for seniorpolitikk (SSP) er et kompetansesenter som arbeider med stimulering og utvikling av god seniorpolitikk i arbeidslivet. SSP står bak det årlige seniorpolitiske barometeret, som etter hvert har opparbeidet seg en sterk stilling blant forskere og opinionsledere. Undersøkelsene består av to målgrupper; yrkesaktiv befolkning og ledere i arbeidslivet. Gjennom undersøkelsene får man kunnskap om bl.a. lederes holdninger til eldre arbeidstakere og om arbeidstakernes holdninger til pensjon og avgang fra yrkeslivet. Undersøkelsene er en viktig temperaturmåling på befolkningens og lederes holdninger til seniorer i arbeidslivet.

Statens seniorråd har for perioden 2014–2017 i sitt mandat hatt et særlig ansvar å jobbe for at eldre skal stå lenger i arbeidslivet. Rådet peker i sin seniorpolitiske redegjørelse på at det kreves en målrettet seniorpolitikk for å forebygge uønsket tidligpensjonering. Det må settes inn tiltak for å stimulere

både arbeidsgivere og arbeidstakere til at seniorer står lenger i arbeid. Forebyggende arbeid på arbeidsplassen for å forhindre avgang via helserelaterte trygdeytelser og langtidsledighet, holdningsskapende arbeid for å rekruttere og beholde eldre arbeidstakere, utvikling av seniorpolitikk hos arbeidsgivere og kompetanseheving som en del av seniorpolitikken er viktige tiltak.

7. Lokalt Folkehelsearbeid

Nærmere 90 prosent av kommunene oppgir at de har løpende oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer for folkehelsen. Rundt 70 prosent oppgir at folkehelseoversikten har ligget til grunn for prioriteringer i kommunens planstrategi. I overkant av 60 prosent av kommunene oppgir at psykisk helse er den største folkehelseutfordringen i sin befolkning.

7.1 Kommunalt og fylkeskommunalt folkehelsearbeid

De foregående kapitlene gir oversikt over indikatorer som synliggjør områder med betydning for befolkningens helse og trivsel på nasjonalt nivå. Dette kapittelet omhandler det regionale og lokale folkehelsearbeidet.

Kommuner har gjennom Lov om folkehelsearbeid (fhl, 2012) kapittel 2, § 4, et krav på seg om å «fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller [...]». Fylkeskommuners oppgave, foruten eget folkehelsearbeid, er å understøtte kommunenes arbeid gjennom tilrettelegging og samordning av folkehelsearbeidet i fylkets kommuner (fhl, § 20).

Ved siden av folkehelseloven står Plan- og bygningsloven (pbl, 2008) sentralt i planlegging og gjennomføring av kommunalt folkehelsearbeid. §3-1 i pbl korrelerer direkte med lovteksten sitert over; «[...] skal fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller». En annen direkte sammenkobling er § 10-1 som krever at kommunal planstrategi utarbeides og vedtas minst en gang hver valgperiode. Planstrategien skal bygge på kommunens oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer hjemlet i folkehelselovens § 5. Folkehelse skal ha en plass i kommunens planhierarki ettersom kommuneplanen skal ta utgangspunkt i vurderinger gjort i planstrategien (pbl, § 11).

Koblingen mellom folkehelse og planlegging i en lokal kontekst er altså tydelig i gjeldende lovverk; befolkningens helse skal ivaretas i kommuner- og fylkeskommuners planlegging. For å realisere dette er det nødvendig med en tverrsektoriell tilnærming. Utvikling av et helsefremmende samfunn krever tiltak på andre arenaer enn det helsesektoren tradisjonelt sett har tilgang til. Dette innebærer at hvordan lokale og regionale myndigheter integrerer folkehelsetenkningen i sin organisasjon vil ha betydning for hvilke tiltak som iverksettes, i hvilke sektorer og til hvilke målgrupper. Graden av systematikk i arbeidet vil totalt sett kunne være utslagsgivende for resultatet. Folkehelseloven legger opp til en systematisk arbeidsform visualisert som en sirkel med fem elementer. Arbeidsformen innebærer oversikt over folkehelsesituasjonen og aktivt bruke denne inn i arbeidet med planstrategien, planforankring av mål, samt tiltak og evaluering av kommunens folkehelsearbeid på kort og lengre sikt.

7.2 Status og utvikling av kommunalt og fylkeskommunalt folkehelsearbeid

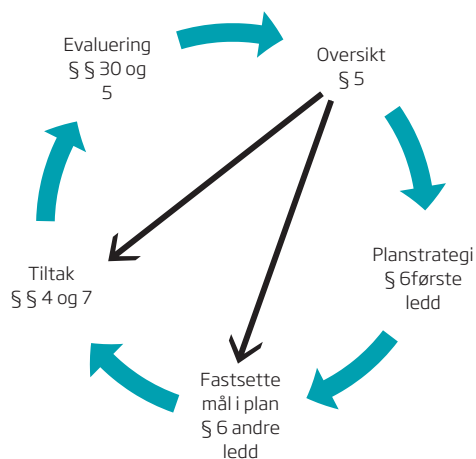
Det er utfordrende å måle kommunalt folkehelsearbeid. Det er per i dag ikke utviklet et omforent indikatorsett som gir kunnskap om hvordan kommuner og fylkeskommuner innretter folkehelsearbeidet. Med utgangspunkt i tilgjengelige datakilder har vi forsøkt å illustrere hvordan kommunale myndigheter arbeider med folkehelse samt noen refleksjoner på utfordringer og begrensinger materialet har. Primært har vi benyttet oss av indikatorer som beskriver oversiktsarbeidet og hvordan kunnskapen herfra blir brukt videre i planarbeid og utarbeidelse/iverksettelse av tiltak.

Indikatorer:

- Andel kommuner som har utarbeidet oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer
- Andel kommuner som oppgir at prioriteringer i oversikten har blitt fulgt opp
- Hovedutfordringer i folkehelse- og forebyggingsarbeidet
- Antall fylkeskommuner som følger opp oversikten på ulike måter
- Andel kommuner som har strategiske tverrsektorielle arbeidsgrupper på folkehelseområdet
- Fylkeskommuners generelle innsatsområder i kommuners folkehelsearbeid
- Fylkeskommuners tiltak mot folkehelsearbeidet i kommuner

7.2.1 Det systematiske folkehelsearbeidet

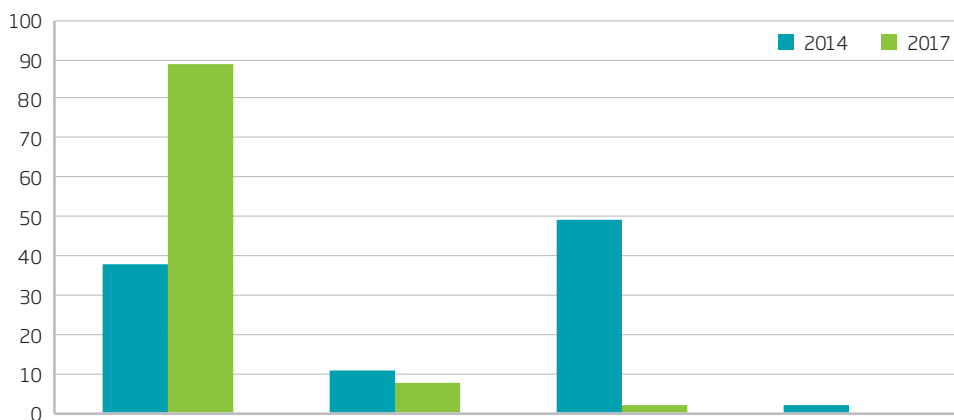
Et systematisk folkehelsearbeid på kommunalt forvaltningsnivå innebærer at det legges til rette for og gjennomføres et folkehelsearbeid som inkluderer de fem fasene i sirkelen illustrert som en sirkel (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).



Sirkelen illustrer folkehelselovens forklaring og intensjon med et systematisk folkehelsearbeid. Pilene i figuren, som går fra oversikten (§ 5) og til å fastsette mål i plan (§ 6, 2. ledd) og utforme tiltak (§§ 4 og 7), illustrer sammenkoblingen mellom folkehelsearbeidet med kommunal og regional planlegging (pbl, § 3-1, bokstav f).

Oversikt over helsetilstanden i befolkningen

For å vise utviklingen av kommunalt folkehelsearbeid har vi valgt å trekke frem indikatorer som måler andel kommuner som har etablert et oversiktsdokument, hvilke prioriteringer i oversikten som er fulgt opp, men også hvordan kommuner forankrer folkehelse i sitt plansystem.



Figur 7-1 Andel kommuner som har utarbeidet oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, 2014 og 2017. Kilde: NIBR 2017

Figur 7-1 viser en tydelig utvikling mot at kommuner nå i stor grad har etablert et oversiktsdokument over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. I 2014-målingen svarte under 40 prosent bekreftende på å ha et oversiktsdokument. Målingen som ble gjennomført i 2017 viser at nærmere 90 prosent av respondentene hadde et slikt dokument. Videre synliggjør figuren at andelen som i 2014 var i ferd med å etablere et oversiktsdokument var i underkant av 50 prosent, mens det i 2017 undersøkelsen bare er et par prosent. Dette kan være en indikasjon på at kommuner som i 2014 var i prosess med utarbeidelse nå har ferdigstilt dokumentet.

Folkehelse i plan

Hensynet til befolkningens helse skal ivaretas i kommunal og regional planlegging. Dette fremkommer både i folkehelseloven og i plan- og bygningsloven. Gjennom folkehelselovens § 6, første ledd, skal folkehelseoversikten utgjøre et kunnskapsgrunnlag i arbeidet med planstrategien (pbl, §§ 7-1 og 10-1). Planstrategien er ingen plan i tradisjonell forstand, men en arena for å drøfte utviklingstrekk som grunnlag for en vurdering av planbehovet i inneværende kommunestyre/fylkestingsperiode. Planstrategien er således en drøfting av strategiske valg knyttet til utviklingen av lokalsamfunnet. Gjennom å ha folkehelseoversikten som utgangspunkt for planstrategien vil dette kunne integrere folkehelse og prinsippet om «helse i alt vi gjør» i lokale og regionale planverk fra overordnede (fylkes-) kommuneplaner og ned til de enkelte sektors handlingsplaner. Imidlertid er måling av folkehelse i planlegging utfordrende nettopp fordi folkehelsearbeid foregår på alle nivå og på tvers av organisasjonen; fra de overordnede kommuneplaner til handlingsplaner i ulike sektorer. Helgesen og Hofstad (2012) belyser dette i NIBRs undersøkelse om status for folkehelsearbeidet i forkant av innføring av Lov om folkehelsearbeid.

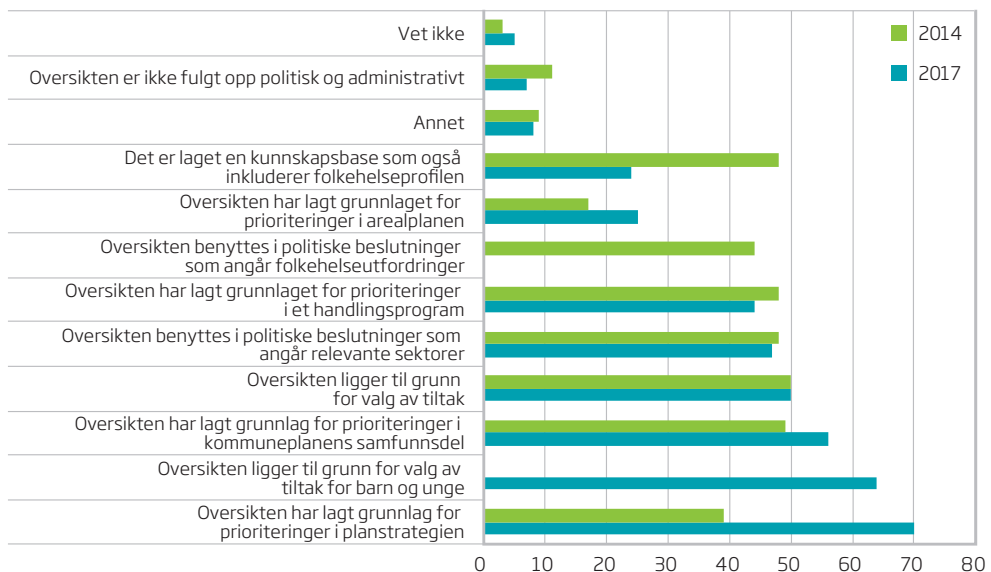
«Folkehelse drives hver dag på mange ulike sektorer. I tekniske enheter som sørger for rent drikkevann, i forebyggende tjenester som fanger opp risikoutsatte individer [...] og helsefremmede tiltak som støtte til lokale arrangementer, aktiviteter og organisasjoner samt økonomiske tiltak for å hindre fattigdom [...] Imidlertid er det ikke sikkert at kommunene klarer å koble de ulike tiltakene og skape en helhetlig folkehelsepolitikk» (NIBR-rapport, 2012:98)

I den undersøkelsen ble derfor folkehelse operasjonalisert i sentrale tema i folkehelsearbeidet, som bolig- og utdanningsfeltet, og hvordan kommunene rangerte viktigheten av disse temaene i sin planlegging. Rapporten

«konkluderte» med at en slik tilnærming ikke skiller mellom kommuner som faktisk har løftet opp folkehelse som et overordnet mål og kommuner som har samme type tjenester, men ikke ser disse inn i et folkehelseperspektiv, noe som viser kompleksiteten med å måle innsats av folkehelse i planlegging.

Kommuneplanen som det overordnede styringsdokumentet gir rammer for virksomhetens planer og tiltak. Samfunnsdelen skal omhandle utfordringer i lokalsamfunnet i et langsiktig tidsperspektiv og hvilke strategier som bør iverksettes for å oppnå ønsket samfunnsutvikling (pbl, 2008). På samme måte som folkehelse og «helse i alt vi gjør»-perspektivet er sentralt i kunnskapsgrunnlaget for planstrategien, er ivaretagelse av helse og livskvalitet vesentlig i en kommuneplan. En indikator i så henseende er hvorvidt kommuner har folkehelse med i kommuneplanens samfunnsdel. På dette har Helsedirektoratet tall fra NIBRs undersøkelse fra 2012 og KOSTRA tall fra 2017. Imidlertid er ikke disse tallene helt sammenlignbare, så derfor avstår vi fra å bruke dem her.

Data vi har valgt å bruke for å synliggjøre det lokale arbeidet er hentet fra en undersøkelse gjennomført av NIBR i 2017 kalt «Nullpunktsundersøkelse for Program for folkehelsearbeid». Denne bygger på en kartlegging gjennomført i 2014, «Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner» (Helgesen m.fl. 2017). Undersøkelsen(e) omtaler blant annet hvordan oversiktsarbeidet er brukt i kommunens videre arbeid. Figuren under viser tall fra målepunktene 2014 og 2017.



Figur 7-2 Andel kommuner som oppgir at prioriteringer i oversikten har blitt fulgt opp, 2014 og 2017. Prosent. Kilde: NIBR 2017

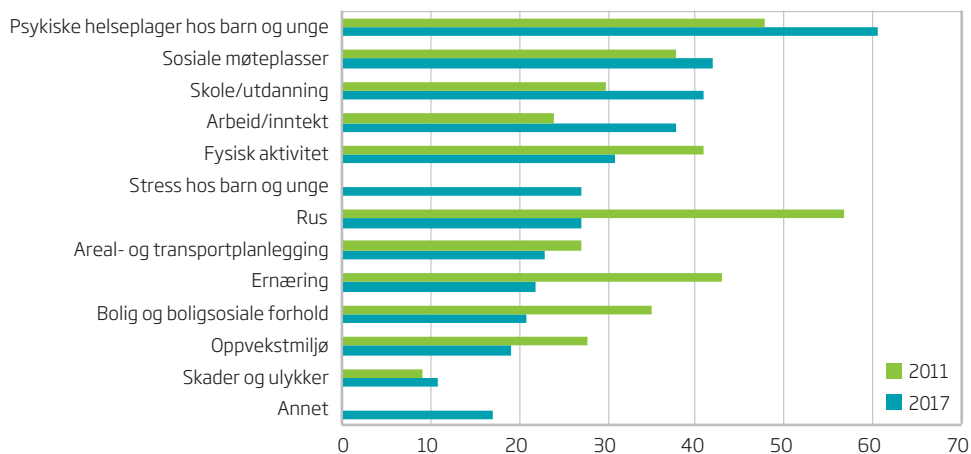
Figur 7-2 viser andelen av kommuner som oppgir hvordan helseoversikten er brukt videre i kommunens arbeid. 7 prosent oppgir at oversikten ikke er fulgt opp. Dette er færre enn ved forrige måling i 2014 hvor det var rundt 11 prosent. Videre er det 70 prosent av kommunene som i 2017 rapporterer at oversikten har ligget til grunn for prioriteringer i planstrategien. Dette er en betydelig økning fra forrige måling. Kartleggingen viser også en positiv utvikling av kommunenes bruk av helseoversikten til prioriteringer i kommuneplanens samfunnsdel og som grunnlag for tiltak.

Oversiktsarbeidet som grunnlag for arealdelen i kommuneplanen så er denne i følge rapporten fremdeles lav i 2017 (25 prosent). Det kan være flere årsaker til dette, blant annet at arealdelen er juridisk bindende og aspektet om at kommunens areal vil bli «bundet opp». Slike faktorer kan bidra til at prosessene før arealplanen blir vedtatt tar lenger tid.

Som en oppsummering av de foregående avsnittene kan det altså være grunn til å mene at kommunene i større grad enn tidligere orienterer seg mot en systematisk inngang på folkehelsearbeidet. Majoriteten av kommunene har et oversiktsdokument og synes å bruke dette i kommunens videre arbeid. Det blir interessant å se hvordan kommunenes arbeid utvikler seg fremover og hvordan kommunene bruker folkehelseoversikten og også planleggingsverktøyet i utvikling og implementering av tiltak. Det vil også være av interesse å følge med på andelen som bruker helseoversikten i arealplanleggingen.

7.2.2 Hva kommuner anser som de største folkehelseutfordringene

I kartleggingen NIBR har gjennomført våren 2017 gjøres en sammenligning av hva kommunene oppfattet som sine største folkehelseutfordringer i 2011 og 2017. Dette illustreres i figur 7-3.



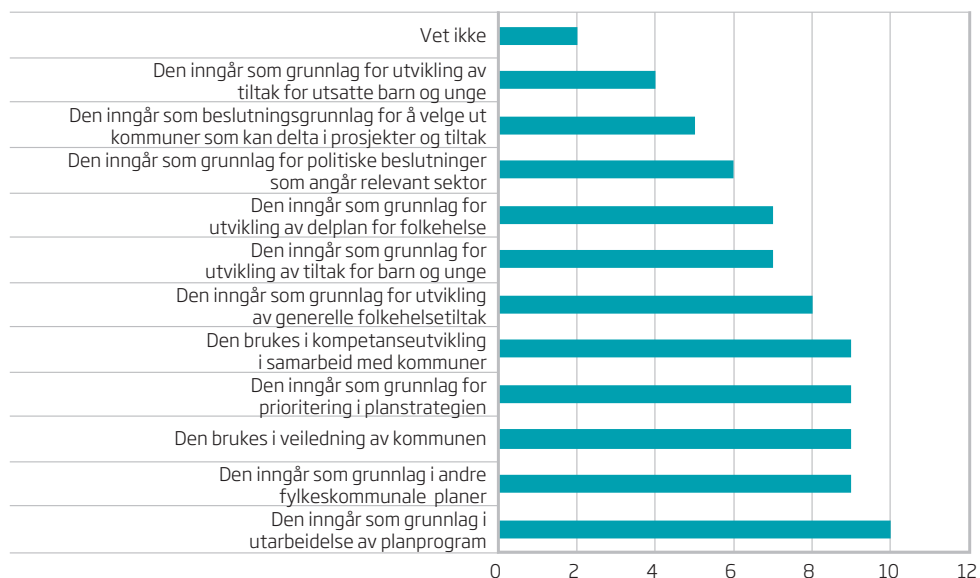
Figur 7-3 Hovedutfordringer i folkehelse- og forebyggingsarbeidet, 2011 og 2017. Prosent. Kilde: NIBR 2017

Kartleggingen synliggjør at psykiske helseplager hos barn og unge anses som en hovedutfordring hos 60 prosent av respondentene og er tydelig den største utfordringen slik kommunene rapporterer det. I 2011 ble dette også oppgitt som en stor utfordring, men i litt mindre grad. Hyppigheten av psykisk helse som hovedutfordring forklares i rapporten med at det *har vært rettet oppmerksomhet mot psykisk helse, blant annet gjennom ungdata-undersøkelsene, men også i media, samt at informasjonen som er gitt om Program for folkehelsearbeid i kommunene nok spiller inn* (NIBR 2017: 43). Program for folkehelsearbeid er en 10-årig satsing på kommunalt folkehelsearbeid. Programmet ble etablert i 2017. Andre folkehelseutfordringer respondentene trekker frem er sosial ulikhet i helse, og frafall fra videregående skole. Disse utfordringene trekkes også frem i Riksrevisjonens rapport fra 2015.

Utfordringer relatert til rusmidler rapporteres i mindre grad som et folkehelseproblem i 2017-målingen enn i 2011. Det vil likevel ikke si at kommunene ikke opplever dette som en utfordring. Av andre parametere kommuner i mindre grad enn tidligere rapporterer som et folkehelseproblem er fysisk aktivitet og bolig- og boligsosiale utfordringer.

Fylkeskommunene har i stor grad samme oppfatning som kommunene om hva som er hovedutfordringer, men her er det skole og utdanning som betraktes som den største folkehelseutfordringen (noe som kanskje bør sees i lys av fylkeskommunenes ansvar for videregående skole). Psykiske helseplager hos barn og unge er det 9 fylkeskommuner (av 14 respondenter) som anser som en folkehelseutfordring. På samme måte som kommunene ser fylkeskommunene

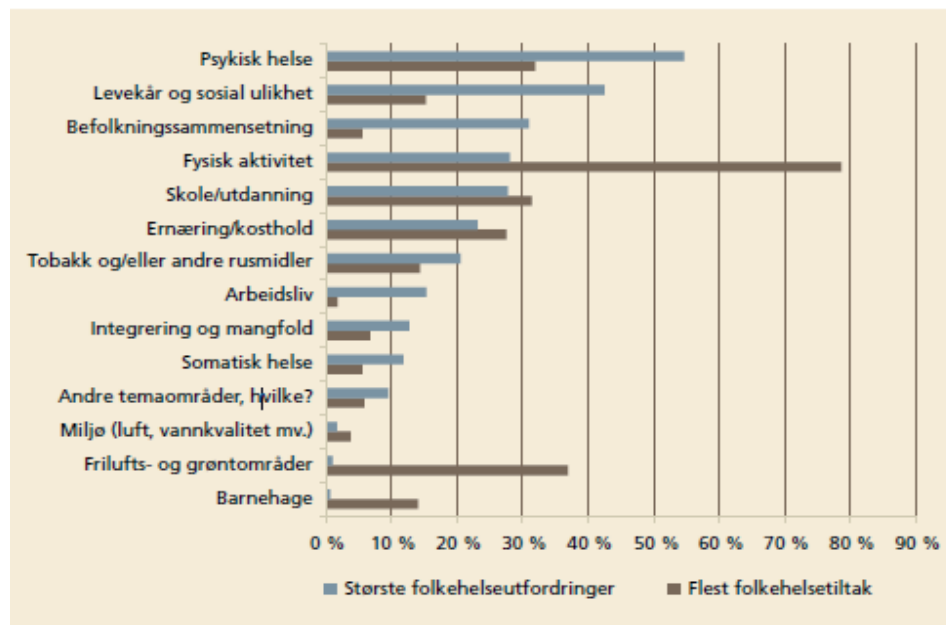
sosial ulikhet og frafall fra videregående skole som to hovedutfordringer. Hvordan fylkeskommuner velger å bruke folkehelseoversikten i sitt videre arbeid fremstilles i figur 7-4.



Figur 7-4 Antall fylkeskommuner som følger opp oversikten på ulike måter, 2017. Kilde: NIBR 2017.

Av de 14 fylkeskommunene som har svart på kartleggingen er det i overkant av 70 prosent som har brukt folkehelseoversikten i utarbeidelsen av planprogrammet og 64 prosent som bruker oversikten som grunnlag for andre fylkeskommunale planer og strategier. Det er også 64 prosent som bruker dokumentet i sin rolle som veileder for kommunene. Videre brukes folkehelseoversikten som grunnlag til utvikling av folkehelse tiltak og politiske beslutninger.

I Riksrevisjonens undersøkelse fra 2015 ble blant annet graden av samsvar mellom identifiserte utfordringer og iverksatte tiltak hos kommunene målt.



Figur 7-5 Folkehelseutfordringer i kommuner. Kilde: Riksrevisjonen 2015

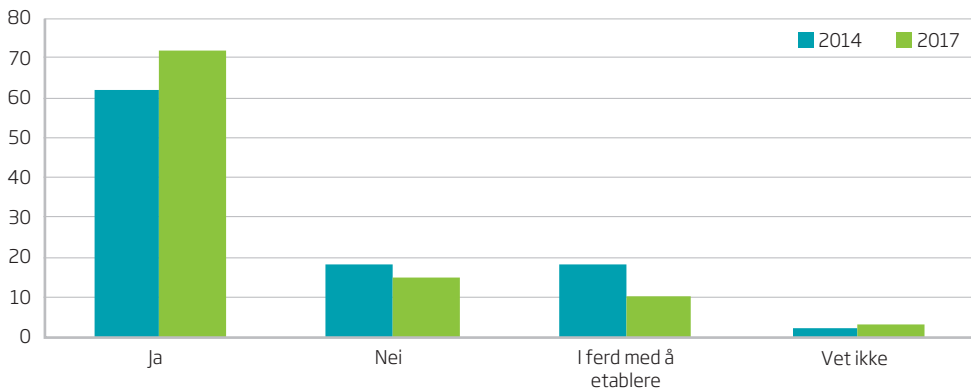
En observasjon knyttet til psykisk helsefeltet og sosial ulikhet i helse er at selv om en stor andel av kommunene rapporterte dette som to av de viktigste folkehelseutfordringene, så var det langt færre som hadde iverksatt flest tiltak på disse områdene.

En annen observasjon som ble fremhevet i Riksrevisjonens rapport var at der kommuner iverksetter flest tiltak er felt som i begrenset grad oppfattes som utfordrende som eksempelvis fysisk aktivitet og friluftsliv og grøntområder. I rapporten forklares dette med historikk og kommuners handlingsrom. Levevanetemaer som fysisk aktivitet og kosthold har inngått som folkehelsetiltak over lang tid og hvor kommunene har god kompetanse, tiltakene er lite kostnadskreven og har god dokumentert effekt.

Det vil være interessant å følge utviklingen av forholdet mellom hva som anses som de største utfordringene og hva slags tiltak som iverksettes. Dette kan knyttes både til hvordan folkehelse forankres i planer, men også med tanke på nasjonale satsinger som Program for folkehelsearbeid i kommune som har psykisk helse, rusforebygging og livskvalitet som nedslagsfelt, samt direktoratets innsats for å øke antall psykologer i kommunene.

7.2.3 Det tverrsektorielle folkehelsearbeidet

Ettersom faktorer som påvirker befolkningens helse befinner seg i flere sektorer er tverrsektoriell innsats avgjørende for godt folkehelsearbeid. I NIBR rapporten fra 2017 heter det at «deltagelse i tverrsektorielle arbeidsgrupper er en relevant indikator på at det tverrsektorielle samarbeidet på folkehelsefeltet er prioritert.» (NIBR 2017: 87).

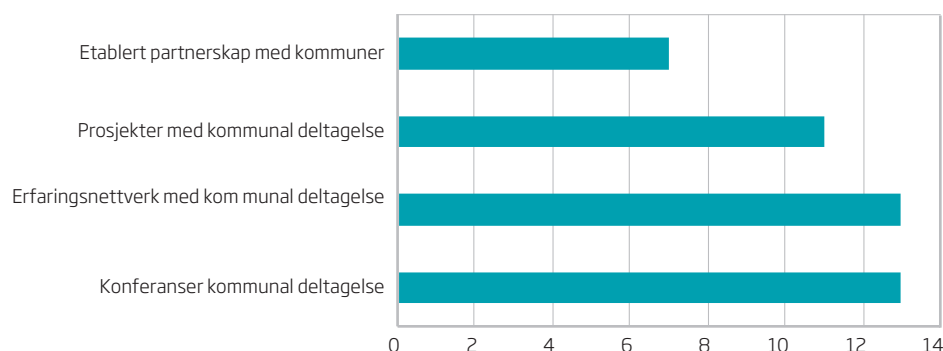


Figur 7-6 Andel kommuner som har strategiske tverrsektorielle arbeidsgrupper på folkehelseområdet, 2014 og 2017. Prosent. Kilde: NIBR 2017

I 2017 er det en liten økning i andelen som har tverrsektorielle arbeidsgrupper på strategisk nivå. 15 prosent har ikke, mens 10 prosent er i ferd med å etablere en slik gruppe. Tre prosent var ikke sikre. Tallene fra dette spørsmålet står seg i mindre grad alene. Det er trolig ulikt hva slags mandat som er gitt og graden av beslutningsmyndighet som er gitt gruppen. Imidlertid vil dette være interessant å følge med på videre med tanke på sammenligning med resultater fra indikatorer fra det systematiske folkehelsearbeidet, og utviklingen av type tiltak som iverksettes. På fylkeskommunalt nivå oppgir 15 av 19 at de har opprettet et systematisk samarbeid på tvers av enheter og avdelinger. Det er videre mange av fylkeskommunene som oppgir manglende tverrsektorielt samarbeid som en av de største barrierene for det langsiktige folkehelsearbeidet (Riksrevisjonen 2015). I møte med kommuner stimulerer de nettopp til et tverrsektorielt arbeid.

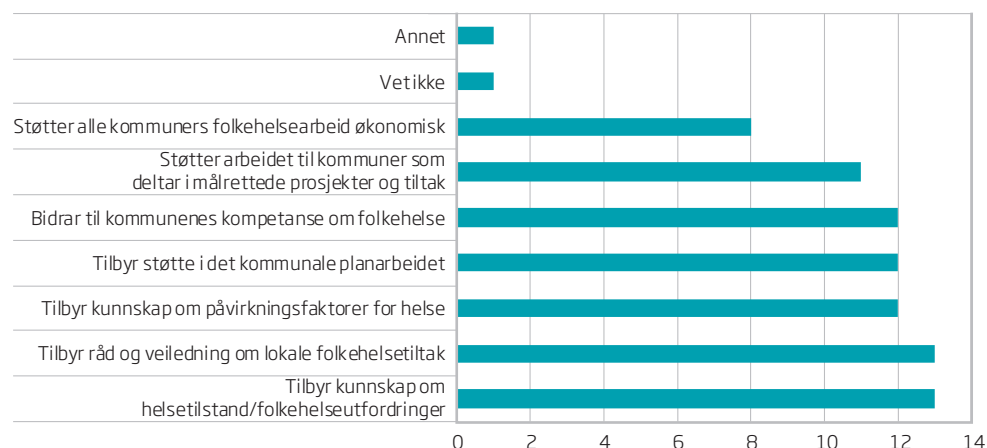
7.2.4 Den fylkeskommunale understøtterrollen

Kartleggingen NIBR-miljøet gjennomførte i 2017 inneholder spørsmål om hvordan fylkeskommuner understøtter kommuner i sitt fylke. Jevnt over viser svarene at de er aktive i å tilrettelegge for kommunene i deres arbeid. Dette vises i figur 7-7.



Figur 7-7 Fylkeskommuners generelle innsatsområder i kommuners folkehelsearbeid. Kilde: NIBR 2017

Figur 7-7 illustrerer hvordan fylkeskommunene understøtter kommunene; gjennom tilskudd, kompetanseoverføring og rådgivning/veiledning.



Figur 7-8 Fylkeskommuners tiltak mot folkehelsearbeidet i kommuner. Kilde: NIBR 2017

Oversikten i figur 7-8 viser hvordan fylkeskommunene bistår kommunene i deres arbeid. Av de som har svart rapporteres det om at de yter kunnskap om helsetilstand, tilbyr råd og veiledning om tiltak og støtter kommunene gjennom

økonomiske tilskuddsordninger. Bistanden dekker alle fasene i det systematiske arbeidet.

Det som ikke fremkommer i kartleggingen, hverken fra NIBR eller andre, er hvordan kommunene oppfatter fylkeskommunen som understøtter.

7.2.5 Helsedirektoratets nasjonale understøtterrolle til det systematiske folkehelsearbeidet

Folkehelseloven fastslår gjennom § 24 at Helsedirektoratet har plikt til å utvikle «nasjonale normer og standarder for et godt folkehelsearbeid». Helsedirektoratet har gjennom sine virkemidler iverksatt tiltak som bidrag inn i det kommunale folkehelsearbeidet. Som kapittelet viser har det siden loven trådte i kraft blitt en økt kunnskap om det systematiske folkehelsearbeidet på kommunalt nivå. Kommunene ønsker fremdeles bistand og veiledning fra blant annet Helsedirektoratet også fremover. Å gi bistand til kommunene fremover vil fremdeles være både nødvendig og viktig. Både for å redusere risikoen at folkehelsearbeidet stagnerer med oversiktsarbeidet, og samtidig opprettholde en kontinuitet for kommunene i deres systematiske folkehelsearbeid. Under er det trukket frem noen få eksempler på Helsedirektoratets understøtterrolle.

Program for folkehelsearbeid

Program for folkehelsearbeid i kommunene er en tiårig satsing for å utvikle kommunenes arbeid med å fremme befolkningens helse og livskvalitet (Helsedirektoratet, 2017b). Satsingen skal bidra til å styrke kommunenes langsiktige og systematiske folkehelsearbeid jf. folkehelseloven. Programmet skal særlig bidra til å integrere psykisk helse som del av det lokale folkehelsearbeidet og fremme lokalt rusforebyggende arbeid. Satsingen er et samarbeid mellom HOD, KS, FHI og Helsedirektoratet. Sintef har fått oppdrag om å gjennomføre følgeevaluering av programmets første to år. Evaluator vil gi innspill og vurderinger om hvordan mekanismene i fungerer, slik at nødvendige grep og justeringer eventuelt kan tas.

Nærmiljøsatsning

Nærmiljøet er en viktig folkehelsearena. På oppdrag for HOD har Helsedirektoratet iverksatt prosjektet «Nærmiljø og lokalsamfunn som fremmer

folkehelse». Prosjektperioden er 2015-2018. Gjennom dette utviklingsarbeidet kartlegges og identifiseres nærmiljøkvaliteter gjennom deltakelse og medvirkning fra lokalbefolkningen som grunnlag for gode nærmiljøer og lokalsamfunn som fremmer folkehelse. Innhenting av kvalitativ lokalkunnskap som kan supplere kommunenes folkehelseoversikter som grunnlag i planprosesser og konkrete folkehelseiltak, jf. folkehelseloven, er sentralt. Erfaringer fra Nærmiljøprosjektet forventes å bidra med viktige erfaringer med å inkludere kvalitativ kunnskap inn i kommunenes arbeid med systematisk folkehelsearbeid. Både den nasjonale og de regionale prosjektene evalueres underveis og etter prosjektslutt.

Råd og veiledning til kommuner

Som bistand til det lokale folkehelsearbeidet har Helsedirektoratet utviklet en veileder til folkehelseoversikten samt nettbaserte veivisere. § 7 har vært styrende for valg av temaområder som omtales på veivisernettsiden. Her vises det blant annet til lovens forventinger til kommunens arbeid med eksempler fra praksisfeltet.

Status og utviklingstrekk i lokale folkehelsearbeidet kan oppsummeres på denne måten:

- Kommunene har i større grad enn i 2014 etablert et systematisk folkehelsearbeid
- Majoriteten av kommuner har en folkehelseoversikt
- Folkehelseoversikten blir brukt som kunnskapsgrunnlag for kommunale planprosesser, men i mindre grad i arealplan
- Måling av folkehelse i planlegging er utfordrende og bør jobbes videre med
- Kommunene anser fremdeles sosial ulikhet og psykisk helse som to av de største folkehelseutfordringene
- Det tverrsektorielle arbeidet i kommunene er økende, men innholdet og resultatet av arbeidet er det mindre kunnskap om
- Fylkeskommunene er sin understøtterrolle bevisst. Hvordan kommunene opplever dette finnes det mindre kunnskap om
- Det bør jobbes mer med å utvikle god folkehelseiltak som treffer det kommunene peker på som sine største utfordringer.

8. Referanser

Aagestad, Bjerkan og Gravseth 2017. Arbeidsmiljøet i Norge og EU – en sammenlikning (STAMI-rapport årgang 18 nr. 3)

Aasvang 2012. Helsebelastninger som skyldes veitrafikkstøy i Norge. Folkehelseinstituttet

Andersen og Bakken 2015. Ung i Oslo 2015 (Nova-rapport 8/2015)

Arseneault, Bowes og Shakoor 2010. Bullying victimization in youths and mental health problems: much ado about nothing? (Psychological Medicine, årg. 40, nr. 5, s. 717-729)

Babor m.fl. 2010. Alcohol - no ordinary commodity. Research and public policy. 2.utg. Oxford University Press

Backe Hansen, Madsen, Kristofersen og Sverdrup 2014. Overgang til voksenlivet for unge voksne med barnevernserfaring i Backe-Hansen, E., Madsen, C., Kristofersen L. B. & Hvinden B. (Red.), Barnevern i Norge 1990-2010 – En

longitudinell studie. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA-rapport 9/2014)

Bakken 2017. Ungdata 2017 Nasjonale resultater. (NOVA-rapport 10/2017)

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet 2017. Levekårsstatus for personer med nedsatt funksjonsevne.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet 2017b. Oppvekstrapporten 2017 Økte forskjeller – gjør det noe?

Barnett 2013. Getting the Facts Right on Pre-K and the President's proposal. National Institute for Early Education Research, Policy Report

Barstad 2014. Levekår og livskvalitet. Vitenskapen om hvordan vi har det. Cappelen Damm Akademisk

Barstad og Sandvik 2015. Deltaking, medvirkning, støtte, tillit og tilhørighet. Forslag til indikatorsett for sosiale relasjoner. Notat til Helsedirektoratet. Statistisk sentralbyrå

Beaglehole og Magnus 2002. The search for new risk factors for coronary heart disease: occupational therapy for epidemiologists? *Int J Epidemiol* (2002;31(6):1117-22)

Berge og Falkum 2013. Se mulighetene. Arbeidsliv og psykisk helse. Gyldendal norsk forlag

Berglund m.fl. 2001. Education, lifestyle factors and mortality from cardiovascular disease and cancer. A 25-years follow-up of Swedish 50 year old men. *Int. J. Epidemiol* (2001;30(5):1119-26)

Brandlistuen m.fl. 2015. Sårbare barn og kvalitet i barnehagen. Folkehelseinstituttet (Rapport 2015:2)

Breivik og Rafoss 2017. Fysisk aktivitet; omfang, tilrettelegging og sosial ulikhet.

Bru 2011. Emosjonelt sårbare og sosialt passive elever. I U. V. Midthassel, E. Bru, S. K. Ertesvåg & E. Roland (Eds.), *Sosiale og emosjonelle vansker. Barnehagens og skolens møte med sårbare barn og unge*. Universitetsforlaget

Cappuccio, D'Elia, Kandala og Strazzullo 2009: Salt intake, stroke, and cardiovascular disease: meta-analysis of prospective studies. *BMJ* (Nov 24;339:b4567. doi: 10.1136/bmj.b4567. Review)

Clausen, Bjørndal og Hjorth 1993. Health and re-employment in a two year follow up of long term unemployed. J.Epidemiol Community Health (1993; 47(1):14-8)

Coggan, Bennett, Hooper og Dickinson 2003. Association between bullying and mental health status among a sample of 3,265 New Zealand adolescents, International Journal of Mental Health Promotion,(Årg. 5, nr. 1, s. 16-22)

Dahl, Harsløf og Wel 2010. Arbeid, helse og sosial ulikhet. Helsedirektoratet (IS - 1774)

Dahl, Bergsli og Wel 2014. Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt, Høgskolen i Oslo og Akershus 2014

Dahlgren og Whitehead 1992. Policies and strategies to promote equity in health. WHO Regional Office for Europe. København (EUR/ICP/RPD 414 (2))

Djuve, Kavli, Sterri og Bråten 2017. Introduksjonsprogram og norskopplæring. Hva virker – for hvem? (Fafo-rapport 2017:31)

Dearing, Zachrisson, Mykletun og Toppelberg 2014. Universal early childhood education and care narrows social inequality gap in early language skills in Norway: Evidence from a natural experiment (working paper). Folkehelseinstituttet

Elstad 2008. Utdanning og helseulikheter. Problemstillinger og forskningsfunn. Helsedirektoratet (IS-1573)

Enjolras og Wollebæk 2010. Frivillige organisasjoner, sosial utjevning og inkludering. Senter for forskning på sivilsamfunn & frivillig sektor. (Rapport 2010:2)

Epland og Kirkeberg 2012. Wealth distribution in Norway: evidence from a new register-based data source. Statistisk sentralbyrå (Reports 36/2012)

Folkehelseinstituttet 2014. Helserisiko ved bruk av snus

Folkehelseinstituttet 2014b. Sosial støtte og ensomhet. Faktaark. (<http://www.fhi.no/artikler/?id=69765>)

Folkehelseinstituttet 2014c. Folkehelse rapporten 2014: Helsetilstanden i Norge. (Rapport 2014:4)

Folkehelseinstituttet 2014d. Skadebildet i Norge: hovedvekt på personskader i sentrale registre. (Rapport 2014:2)

Folkehelseinstituttet 2016. Rusmidler i Norge 2016. Alkohol, tobakk, vane-dannende legemidler, narkotika, sniffing, doping og tjenestetilbudet

Folkehelseinstituttet 2017. Luftforureining i Noreg.

Folkehelseinstituttet 2017b. Støyforurensning rammer flest og antallet øker.

Folkehelseinstituttet 2017c. Folkehelse rapporten: Røyking og snusbruk i Noreg

Folkehelseloven. LOV-2011-06-24 nr 29: Lov om folkehelsearbeid.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=folkehelseloven>

Frøyland 2014. Arbeidsliv, rusmiddelbruk og forebygging: Tendenser og funn i nyere forskning. «Alkohol + arbeidsliv = sant? En vitenskapelig antologi», red. Sagvaag og Sikveland (s 26 - 53) Gyldendal Akademisk

Fylkesmannen.no 2013. Kartlegging av skolenes godkjenningsstatus etter miljørettet helsevernregelverket.

Haga og Lien 2017. Utviklinga i pensjonering og sysselsetjing blant seniorar. (*Arbeid og velferd*, 2/2017, 139-151) NAV

Hamre og Pianta 2001. Early teacher-child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade, *Child Development* (Årg. 72, Nr. 2, s. 625-638)

Hasselfjell C.S., Grimsrud T.K., Standring W.J.F., Tretli S. 2017. Lungekreftforekomst knyttet til radoneksponering i norske boliger. *Tidsskr Nor Legeforen* 2017 DOI: 10.4045/tidsskr.16.0127

Hattie 2009. Visible learning: a synthesis of over 800 meta-analyses relating to achievement. London: Routledge

Havnes og Mogstad 2009. No Child Left Behind: Universal Child Care and Children's Long-Run Outcomes. Statistisk sentralbyrå (Discussion Paper 582)

Helgesen, M. m.fl. 2014. Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner. Oslo. Rapport NIBR

Helgesen, M. m.fl. 2017. Oppmerksomhet mot barn og unge i folkehelsearbeidet Nullpunktsundersøkelse for Program for folkehelsearbeid. Oslo. Samarbeids-rapport NIBR/NOVA

Helgesen, Hofstad og Schou 2014. Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør. Norsk institutt for by og regionforskning. NIBR-rapport 2014:21

Helgesen og Hofstad 2012. Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering. Norsk institutt for by og regionforskning. NIBR-rapport 2012:13

Helliwell, Layard and Sachs (ed) 2017. World happiness report 2017. UN/FN

Helse- og omsorgsdepartementet 2011. Ikraftsetting av lov om om folkehelsearbeid (Folkehelseloven). Rundskriv 1-6/2011

Helse- og omsorgsdepartementet 2013. NCD-strategi 2013-2017. For forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft

Helse- og omsorgsdepartementet 2013. Meld.St.34 (2012-2013) Folkehelse-meldingen. God helse – felles ansvar.

Helse- og omsorgsdepartementet 2015. Meld.St.19(2014-2015) Folkehelse-meldingen. Mestring og muligheter.

Helsedirektoratet 2009. Evaluering av miljørettet helseverntjeneste i kommunene (IS-1633)

Helsedirektoratet 2012. Fysisk aktivitet blant 6-, 9- og 15-åringer i Norge. Resultater fra en kartlegging i 2011.

Helsedirektoratet 2012b. Samfunnsutvikling for god folkehelse (IS-2203).

Helsedirektoratet 2014. Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet (IS-2263)

Helsedirektoratet 2014b. Kunnskapsgrunnlag fysisk aktivitet. Innspill til departementets videre arbeid for økt fysisk aktivitet og redusert inaktivitet i befolkningen (IS-2167)

Helsedirektoratet 2014c. Miljø og helse i skolen .Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler (IS-2073).

Helsedirektoratet 2014d. Miljø og helse i barnehagen. Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler (IS-2072).

Helsedirektoratet 2014e. Nytt liv og trygg barseltid for familien. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen (IS-2057).

Helsedirektoratet 2015. Sosioøkonomisk status og barn og unges psykologiske utvikling. Familiestressmodellen og familieinvesteringsperspektivet (IS-2412)

Helsedirektoratet 2015b. Trivsel i skolen (IS-2345)

Helsedirektoratet 2015c. Fysisk aktivitet og sedat tid blant voksne og eldre i Norge – Nasjonal kartlegging 2014-2015. (IS-2367)

Helsedirektoratet 2016. Kartlegging av miljøstatus i landets barnehager i 2015. Rapport med resultater og forslag til oppfølging. (IS- 2447)

Helsedirektoratet 2016b. Veileder for kommunens tilsyn med miljørettet helsevern. Regelverk, metodikk og saksbehandling (IS-2288)

Helsedirektoratet 2016c. Personskadedata 2016. Norsk Pasientregister. (IS-2624)

Helsedirektoratet 2016d. Kartlegging av årsverk i helsestasjons- og skolehelse-tjenesten (IS-2543)

Helsedirektoratet 2017. Snøen som falt i fjor - fotgjengerskader i Oslo 2016. Oslo skadelegevakt. Oslo universitetssykehus, Helsedirektoratet og Statens vegvesen (IS- 0617).

Helsedirektoratet 2017b. Program for folkehelsearbeid i kommunene 2017-2027 En satsing for å fremme barn og unges psykiske helse og livskvalitet <https://helsedirektoratet.no/Documents/Folkehelsearbeid%20i%20kommunen/Program%20for%20folkehelsearbeid%20i%20kommunene%202017-2027.pdf>

Helsedirektoratet 2017c. Utviklingen i norsk kosthold 2017 (IS-2680)

Helsetilsynet 2014. Helsestasjonen – hjelp i rett tid? Oppsummering av lands-omfattende tilsyn med helsestasjoner 2013 (Rapport 4/2014)

Helsetilsynet 2015. Med blick for betre folkehelse. Oppsummering av lands-omfattende tilsyn i 2014 med arbeidet i kommunane med løpande oversikt over helsetilstanden til befolkninga og påverknadsfaktorar etter folkehelselova.

HEMIL-senteret 2016. Helse og trivsel blant barn og unge (HEMIL-rapport 2016), Universitetet i Bergen

Holmberg og Rothstein 2016. Mellanmänsklig tillit bygger goda samhällen. SOM-institutet; Göteborgs Universitet

Hughes, Wu, Kwok, Villarreal og Johnson 2012. Indirect effects of Child Reports of Teacher-Student Relationship on Achievement (Journal of Educational Psychology, årg. 104, nr. 2, s. 650-665)

Hægeland, Kirkebøen, Raaum og Salvanes 2013. Hvorfor gjør barn av høyt utdannede det bedre på skolen? I Utdanning 2013 – fra barnehage til doktorgrad. Statistisk sentralbyrå

Inkluderings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) 2014. Årsrapport 2014

Kann og Sutterud 2017. Stadig færre på trygd? (Arbeid og velferd 2017:3) NAV

Karasek og Theorell 1990. Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic books

Klima- og miljødepartementet 2012. Retningslinje for behandling av luftkvalitet i arealplanlegging. (T-1520) www.regjeringen.no/no/dokumenter/t-1520-luftkvalitet-arealplanlegging/id679346

Klima- og miljødepartementet 2014. Prop. 1 S (2014 – 2015)

Klima- og miljødepartementet 2016. Retningslinje for behandling av støy i arealplanlegging (T-1442) www.regjeringen.no/contentassets/25867b-21b2ad4780be3d959b626f8e12/t-1442_2016.pdf

Kulturdepartementet 2012. Meld. St. 26 (2011–2012) Den norske idrettsmodellen

Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2014. Statlige planretningslinjer for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Statlige-planretningslinjer-for-samordnet-bolig--areal--og-transportplanlegging/id2001539/>

Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2014b. Medvirkning i planlegging. Hvordan legge til rette for økt deltakelse og innflytelse i kommunal og regional planlegging etter plan- og bygningsloven https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/KMD/PLAN/medvirkningsveileder/H2302B_veileder_medvirkning.pdf

Kommunetorget.no 2015. Medvirkning og samarbeid. <http://www.kommunetorget.no/Temaomrader/Folkehelse/Hva-og-hvorfor-folkehelse/Medvirkning-i-folkehelse--og-planarbeidet/>

Kreftforeningen 2016. Solvaner i den norske befolkningen. Oslo: TNS gallup. https://kreftforeningen.no/globalassets/om-kreftforeningen/ressurserpresse-rom/solvaneundersokelse_2016.rapport.pdf

Kristoffersen og Sverdrup 2013. Følger av oppvekst med rus og psykiske helseproblemer i familien. I T. Hammer og C. Hyggen, Ung voksen og utenfor.

Mestring og marginalitet på vei til voksenlivet (s. 111-128). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Marzano 2009. Classroom management that works - research based strategies for every teacher. New Jersey: Pearson Education Inc

Moan og Halkjelsvik 2016. Alkohol og arbeidsliv. En undersøkelse blant norske arbeidstakere. Folkehelseinstituttet.

Mæland 2010. Forebyggende helsearbeid i teori og praksis. Universitetsforlaget

Nakamoto og Schwartz 2010. Is peer victimization associated with academic achievement? A meta-analytical review, (Social Development Årg. 19, nr. 2, s. 221-242)

Nylenna, Magne 2015. Arbeidsledighet og helse. I Store medisinske leksikon. Hentet 24. januar 2018 fra https://sml.snl.no/arbeidsledighet_og_helse

Paulsen, Thorshaug og Berg 2014. Møter mellom innvandrere og barnevernet. Kunnskapsstatus. NTNU Samfunnsforskning

Plan og bygningsloven. LOV 2008-06-27 nr 71: Lov om planlegging og byggesaksbehandling. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-2771?q=PBL>

Politidirektoratet 2017. Analyse av barne- og ungdomskriminaliteten i Norge

Public Health England 2014. Local action on health inequalities: Improving access to green spaces. UCL Institute of Health Equity.

Rege, Telle og Votruba 2005. The effect of plant downsizing on disability pension utilization. Statistisk sentralbyrå (Discussion papers 435).

Riksrevisjonen 2015. Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid. Dokument 3:11 (2014-2015)

Roorda, Koomen, Spilt og Oort 2011. The influence of effective teacher-student relationships on student's school engagement and achievement: A meta-analytic approach. (Review and Educational Research, årg. 81, nr. 4, s. 493-529)

Rothstein 2014. Human well-being and the lost relevance of political science. Max Weber Lecture No.2014/03. European University Badia Fiesolanea

Ruhm og Waldfogel 2012. Long-term effects of early childhood care and education. Nordic Economic Policy Review 1/2012. Nordisk ministerråd

Røssow og Storvoll 2013. Long-term trends in alcohol policy attitudes in Norway. SIRUS

Samferdselsdepartementet 2013. Meld.St.26 (2012-2013) Nasjonal transportplan 2014-2023

Sandvik 2016. Hver femte familie med lav inntekt har ikke råd til ferie.

Siegrist 1986. Soziale krisen und gesundheit. Göttingen:Hogrefe

Sirus 2014. Rusmidler i Norge 2014

Sletten og Hyggen 2013. Ungdom, frafall og marginalisering. Temanotat. Norges forskningsråd

Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) 2015. Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2015 - Status og utviklingstrekk. (STAMI-rapport Årg.16, Nr.3 (ISSN: 1502-0932))

Statens institutt for forbruksforskning SIFO 2011. Evaluering av forbud mot synlig oppstilling av tobakksvarer. Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) og Statens institutt for forbruksforskning (SIFO). SIFO Fagrapport nr. 2 - 2011 <https://evalueringsportalen.no/evaluering/evaluering-av-forbud-mot-synlig-oppstilling-av-tobakksvarer>

Statens vegvesen. Årsrapporter 2013, 2014, 2015 og 2016. https://www.vegvesen.no/_attachment/598739/binary/949929

Statens vegvesen 2014. Handlingsprogram 2014-2017 (2023). Oppfølging av Meld.St.26 (2012-2013) Nasjonal transportplan 2014-2023

Statens vegvesen 2017. Trafikksikkerhetsutviklingen 2016, 2017. Oppfølging av Nasjonal tiltaksplan for trafikksikkerhet på veg 2014-2017.

Statens vegvesen 2017b. Nasjonalt sykkelregnskap 2016.

Statens vegvesen 2017c. Satsing på sykkeltrafikk- Spørsmål til medlemmer i Sykkelbynettverket 2016 (kommuner og fylkeskommuner). (Rapport nr. 409)

Statens strålevern 2012. Befolkningens kjennskap og holdninger til radon. Spørreundersøkelse gjennomført for Statens strålevern av TNS Gallup.

Statens strålevern 2015. Stråledoser til befolkningen - Oppsummering av stråledoser fra planlagt strålebruk og miljøet i Norge (Strålevern Rapport 2015:12)

Statens strålevern 2015b. UV-eksponering av den norske befolkningen. (Strålevern Rapport 2015:7)

Statens strålevern 2017. Nasjonalt strålevernbarometer. Løpende opinionsundersøkelser for Statens strålevern. NIVI Analyse.

Statens strålevern 2017b. Tilsyn med radon i skoler. <https://www.nrpa.no/publikasjon/straaleverninfo-4-2017-tilsyn-med-radon-i-skoler.pdf>

Statistisk sentralbyrå 2017: Idrett og friluftsliv, levekårsundersøkelsen. <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/statistikker/fritid/hvert-3-aar>

Statistisk sentralbyrå 2017b: Boforhold, registerbasert www.ssb.no/bygg-bolig-og-eiendom/statistikker/boforhold/

Statistisk sentralbyrå 2017c. Er det forskjeller i skolars og kommuners bidrag til elevenes læring i grunnskolen? (Rapporter 2017/02)

Statistisk sentralbyrå 2017d. Arbeidskraftundersøkelsen Stiglitz et.al. 2009. Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress. OECD

Strand og Tverdal 2014. Can cardiovascular risk factors and lifestyle explain the educational inequalities in mortality from ischemic heart disease and from other heart diseases? 26 year follow-up of 50 000 Norwegian men and women. Journal of Epidemiology and Community Health (58:705-9)

Transportøkonomisk institutt 2014. Den nasjonale reisevaneundersøkelsen 2013/14 - nøkkelrapport. TØI rapport 1383/2014

Trygg trafikk 2017. Reflekstelling 2017

Utdanningsdirektoratet 2015. Elevundersøkelsen 2014/2015

Utdanningsdirektoratet 2015b. Utdanningsspeilet 2015. Tall og analyse av barnehager og grunnsopplæringen i Norge

Vrålstad og Wiggen (red.) 2017. Levekår blant innvandrere I Norge 2016. (Statistisk sentralbyrå Rapporter 2017/13)

Wahrendorf, Dragano og Siegrist 2013. Social position, work stress and retirement intentions: a study with older employees from 11 European countries. European Sociological Review 29:792-802

Wendelborg og Tøssebro 2010. Marginalisation processes in inclusive education in Norway: a longitudinal study of classroom participation. (Disability & Society, vol. 25)

Wendelborg, Røe, Utvær og Caspersen 2017. Elevundersøkelsen 2016. Analyse av Elevundersøkelsen 2016. (NTNU Rapport 2017)

WHO 2013. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020

WHO 2012. Guideline: Sodium intake for adults and children.



Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000,

St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no