

Folkehelsepolitisk rapport 2015

Indikatorer for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet

Publikasjonens tittel: Folkehelsepolitisk rapport 2015

Utgitt: 10/2015, 500 eks.

Publikasjonsnummer: IS-2776

Utgitt av: Helsedirektoratet

Kontakt: Avd. levekår og helse

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo
Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Hftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi publikasjonsnummer: IS-2776

Forord

Helsedirektoratet gir i denne rapporten en samlet oversikt over viktige påvirkningsfaktorer for befolkningens helse utenfor helsesektoren. Rapporten er utarbeidet i nært samarbeid med andre sektorer på statlig nivå og beskriver utviklingen i det brede folkehelsearbeidet ved hjelp av en rekke indikatorer. Alle indikatorer er publisert andre steder, men denne rapporten gir en unik samlet oversikt. Den utgjør også en viktig del av det systematiske folkehelsearbeidet på nasjonalt nivå og en oppfølging av Regjeringens folkehelsemelding. Målgruppen er primært nasjonale myndigheter, men vi håper rapporten også vil leses med interesse av alle som jobber med folkehelse i Norge.

Regjeringens mål er å styrke befolkningens helse og redusere sosiale helseforskjeller. Dette innebærer at vi i tillegg til å arbeide for en rettferdig og god helsetjeneste, og legge til rette for de sunne valgene, også må anerkjenne betydning av og følge med på innsatsen i andre sektorer. Gode folkehelseiltak vil ikke alltid ha helse som eksplisitt mål. Tiltak for å hjelpe unge mennesker som lever på sosialhjelp tilbake i arbeid eller utdanning har ikke nødvendigvis som mål å bedre helsen til dem det gjelder, men vil likevel ha stor betydning for helsen deres på litt lengre sikt. Miljø- og samferdselstiltak som bidrar til renere luft og at flere beveger seg mer til fots og på sykkel, bidrar til å nå både klimamål og helsemål. Tiltak som bedrer barnefamiliers økonomi handler kanskje primært om levekår, men har store positive helseeffekter over livsløpet for barna. Utviklingstendenser innenfor de ulike sektorene som er beskrevet i denne rapporten, forteller oss derfor noe om hvordan folkehelsen vil utvikle seg i det lange løp.

Det overordnede bildet av folkehelsens påvirkningsfaktorer som tegnes i rapporten, er positivt: Norge er et godt land å bo i for de aller fleste. Inntektsforskjellene er relativt små, en stor andel av befolkningen er i arbeid, arbeidsledigheten er lav, de fleste barn har tilgang på barnehage, og elevene trives i skolen.

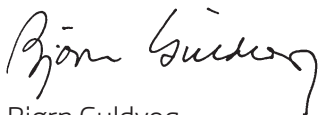
Men vi har likevel utfordringer, kanskje særlig når det gjelder fordelingen av velferdsgoder. Skolen reproducerer fortsatt i stor grad sosiale ulikheter i læring.

Frafallet fra videregående opplæring er høyt, og sosialt skjevfordelt, men sammenhengene her er komplekse. Det er betydelige sosiale forskjeller i arbeidsmiljøbelastninger.

Denne rapporten er en videreføring av rapporteringssystemet for sosiale ulikheter i helse, og mange av indikatorene er videreført. Kapitlet om økonomiske levekår følger fremdeles utviklingen i økonomiske forskjeller og andelen som lever under fattigdomsgrensen. Oppvekst-kapitlet viser også prestasjoner i skolen og frafall i videregående opplæring etter foreldres utdanningsnivå. Arbeidsliv-kapitlet følger arbeidsmiljøet i Norge og inkluderings og kvalifiseringsarbeidet i NAV og IMDI videre. Vi følger også fortsatt med på utviklingen i helseatferd og fordelingen av denne.

Men det er også en del som er nytt. Vi setter i årets rapport sterkere søkelys på eldre arbeidstagere. Nytt av året er også at vi også ser på psykososiale forhold i skolen. Vi introduserer også nye innsatsområder knyttet til miljøet rundt oss, lokalt folkehelsearbeid og sosial støtte og deltagelse - det siste foreløpig på skissestadiet.

I denne rapporten viser vi et mangfold av innsatser som til sammen vil ha betydning for folkehelsen og om vi når våre mål og visjoner om god helse og gode liv. Vi vil takke for godt samarbeid med andre departement, direktorat og nasjonale fagmiljøer.



Bjørn Guldvog
Helsedirektør

Innhold

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 Indikatorutvikling	31
2.3 Sosial støtte og andre nettverksressurser	32
2.4 Sosial deltagelse og barrierer	34
2.5 Demokratisk medvirkning og tillit	38
2.6 Tillit	39
2.7 Tilhørighet og ensomhet	39
3. Trygge og helsefremmende miljøer	41
3.1 Miljø og helse	42
3.2 Helsefremmende nærmiljø- og lokalsamfunnsutvikling	42
3.3 Aktiv transport og kollektivtransport	52
3.4 Annet miljørettet helsevern	54
3.5 Skader og ulykker	60
3.6 Universell utforming	65
4. Sunne valg	69
4.1 Helseatferd og helse	70
4.2 Overvekt og fedme	71

4.3	Bruk av tobakk	72
4.4	Fysisk aktivitet og inaktivitet	75
4.5	Kosthold	77
4.6	Alkoholbruk	81
4.7	Tilrettelegging for sunne valg	85
4.8	Samarbeid med matvarebransjen	89
4.9	Rusforebygging i arbeidslivet	91
5.	Oppvekst	93
5.1	Oppvekst og helse	94
5.2	Barnehage	95
5.3	Grunnopplæringen	100
5.4	Barn med særskilt oppfølging	109
5.5	Forebyggende helsetjenester for barn og unge	117
6.	Arbeidsliv	119
6.1	Arbeid og helse	120
6.2	Kjennetegn ved det norske arbeidsmarkedet	121
6.3	Kjennetegn ved arbeidsmiljøet i Norge	124
6.4	Inkludering i arbeidslivet	128
6.5	Sykefravær	133
6.6	Seniorer i arbeidslivet	134
7.	Lokalt Folkehelsearbeid	141
7.1	Indikatorer på lokalt folkehelsearbeid i KOSTRA	142
7.2	Kartlegginger av lokalt folkehelsearbeid	145
7.3	Tilsyn og revisjon	148
7.4	Arbeid med å understøtte lokalt folkehelsearbeid	151
8.	Referanser	152

Innledning

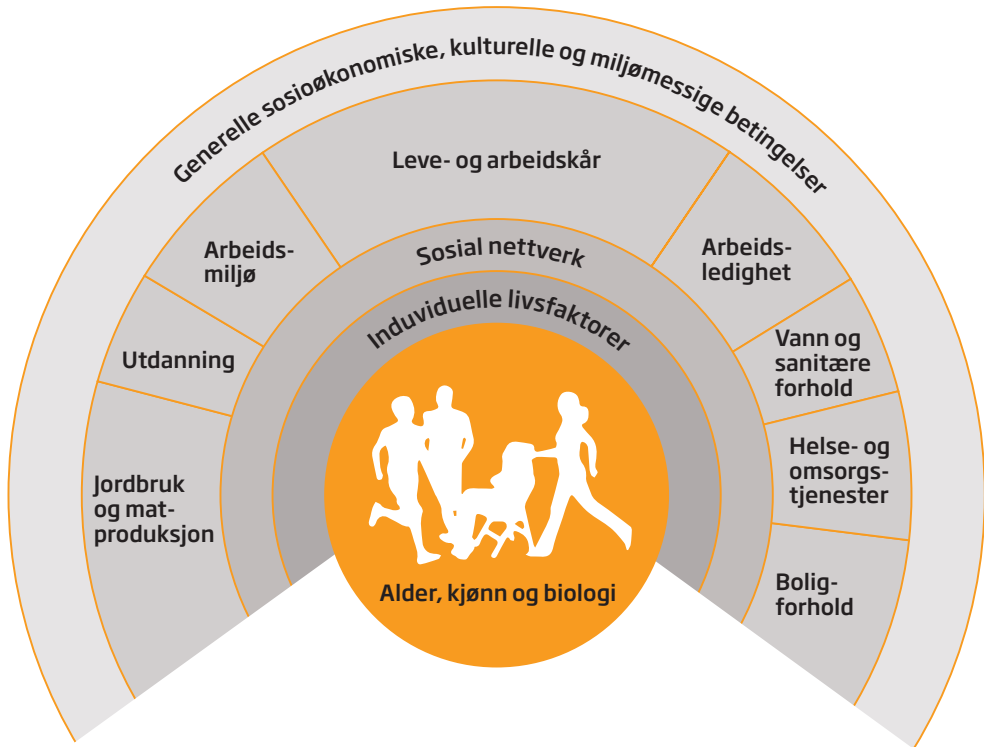
Et sentralt prinsipp i folkehelsearbeidet er at helsen formes og fordeles i all hovedsak utenfor helsesektoren. Befolkningens helse er et resultat av oppvekstmiljø, - barnehage og skole, arbeidsliv og fritid, og betingelser for en god alderdom. Sosial ulikhet i helse er et resultat av sosiale forskjeller i materielle og psykososiale ressurser.

Formålet med denne rapporten er beskrevet i Meld. St.19 (2014-2015) *Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter*:

«Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utvikle slike 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).

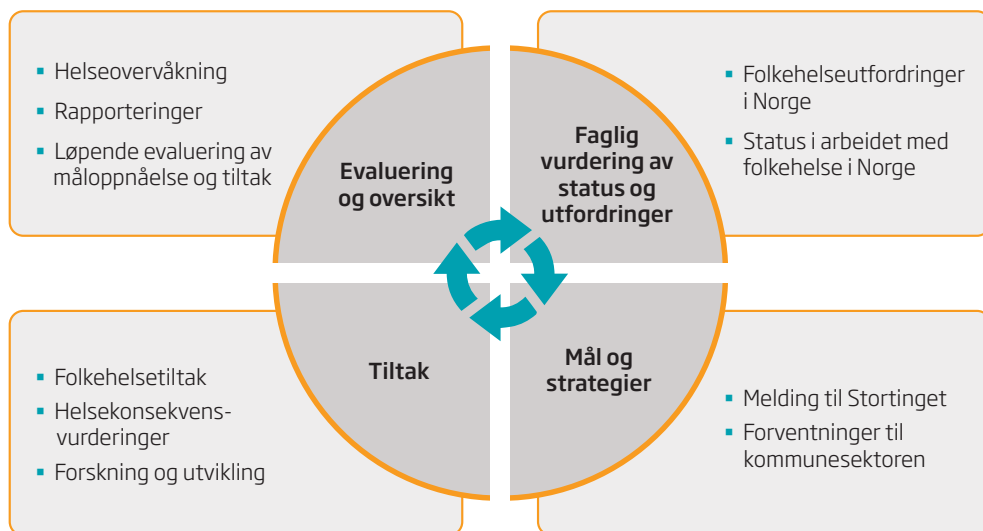
Oppdraget er gitt Helsedirektoratet gjennom det årlige tildelingsbrevet. Helse- og omsorgsdepartementet har etablert en tverrdepartemental samordningsgruppe som vil være mottaker av statusrapporter fra indikatorsystemet, og bruke dette inn i arbeidet med kommende folkehelsemeldinger.

Mangfoldet av påvirkningsfaktorer er godt illustrert i denne regnbuefiguren utformet av Margaret Whitehead og Göran Dahlgren fra 1991:



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. Dette systemet er grundig redegjort for i Meld. St.34 (2012 - 2013) *Folkehelsemeldingen. God helse - felles ansvar*, kap.8, og følges opp i Meld.St.19 (2014-2015) *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter*. 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 politikktutforming på tvers av sektorer.

Indikatorutvikling

Indikatorene er i all hovedsak valgt ut i samarbeid med andre direktorat og fagmiljøer, og gjennom et slikt tverrsektorielt samarbeid får vi mulighet til å synliggjøre den nasjonale innsatsen på flere samfunnsområder som betydning for befolkningens helse og trivsel.

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. Flere samarbeidende direktorat jobber kontinuerlig med å forbedre statistikk og kunnskapsgrunnlag. Dette innebærer at vi vil få tilgang på mer data i tiden framover. Rapporten må derfor betraktes som en del av en utviklingsprosess i etableringen av et styringssystem for tverrsektorielt folkehelsearbeid.

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
- Ulikhetsdimensjonen og eventuelle andre dimensjoner (kjønn, etnisitet)
- Tidsdimensjonen (mulig å følge over tid)

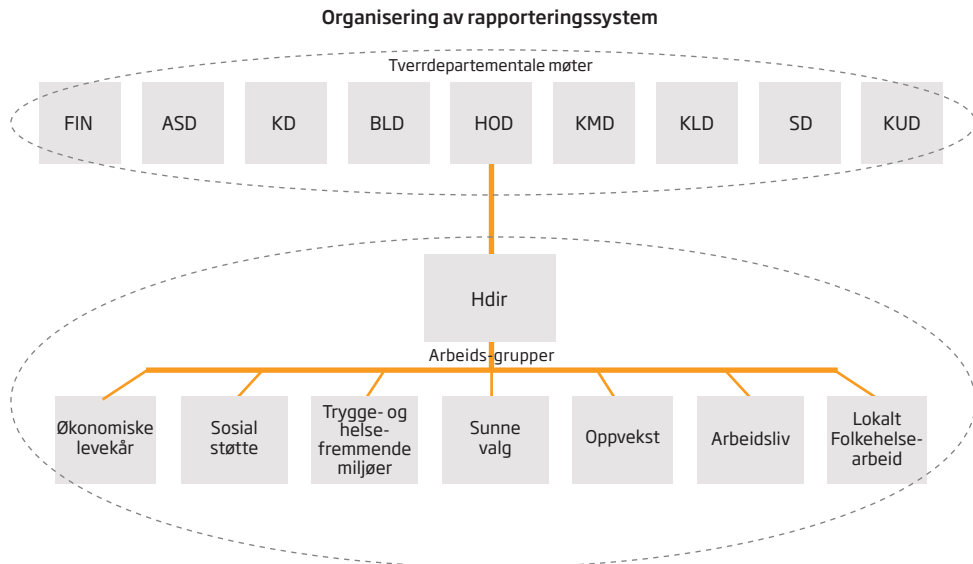
Rapporteringssystem - sosial ulikhet i helse

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) *Nasjonalt 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:



Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helse- og omsorgsdepartementet i oppdrag å etablere et samarbeid med andre sektorer for å utarbeide indikatorer. En tverrdepartemental gruppe følger prosjektet, og sikrer den nødvendige forankringen og deltagelsen i arbeidet. Det er nedsatt 7 arbeidsgrupper som svarer til innsatsområdene i folkehelsemeldingen;

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

I tillegg er aktiv aldring et innsatsområde som går på tvers av disse arbeidsgruppene.

Denne rapporten er bygd opp rundt denne inndelingen - dvs i 7 tilsvarende kapitler.

Følgende departement/direktorat og fagmiljøer har bidratt i arbeidet med denne rapporten, enten ved å delta i arbeidsgrupper eller som bilateral bidragsyter og kvalitetssikrer:

- Arbeids - og velferdsdirektoratet
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
- Folkehelseinstituttet
- Integrerings - og mangfoldsdirektoratet
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet
- Kulturdepartementet
- Mattilsynet
- Miljødirektoratet
- Statens arbeidsmiljøinstitutt
- Statens strålevern
- Statistisk sentralbyrå
- Utdanningsdirektoratet
- Vegdirektoratet

1. Økonomiske levekår

Inntektsforskjellene i Norge viser en svakt 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. Om lag 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.

1.1 Økonomi og helse

Statistisk sett blir helsen i befolkningen gradvis bedre med økende inntekt. For eksempel synker dødeligheten 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, 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 inntektsulikheter 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, Bergli og Wel 2014, s. 227).

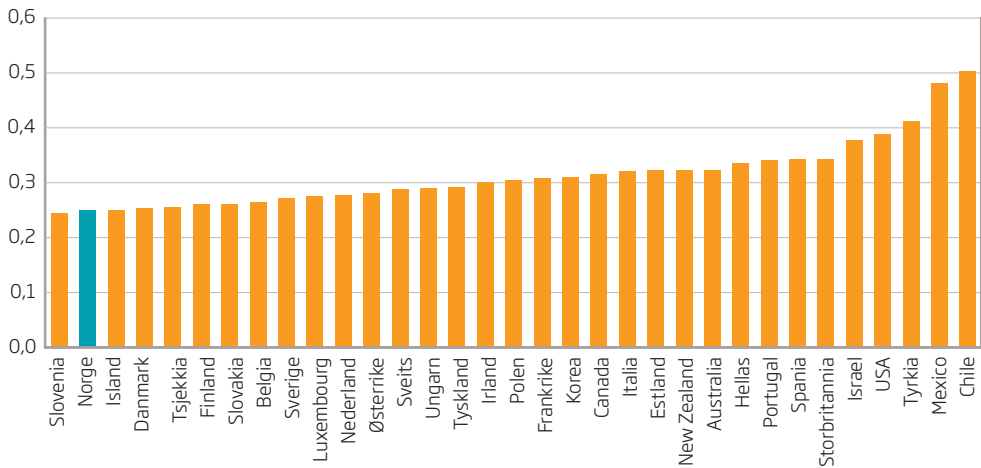
Det kurvelineære forholdet mellom inntekt og helse innebærer i teorien at omfordeling av inntekt fra rike til fattige vil øke befolkningens gjennomsnittshelse. Sett at vi fra en relativt rik person overfører en gitt sum til en relativt fattig person. Den rike personen ender med en lavere inntekt, men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

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

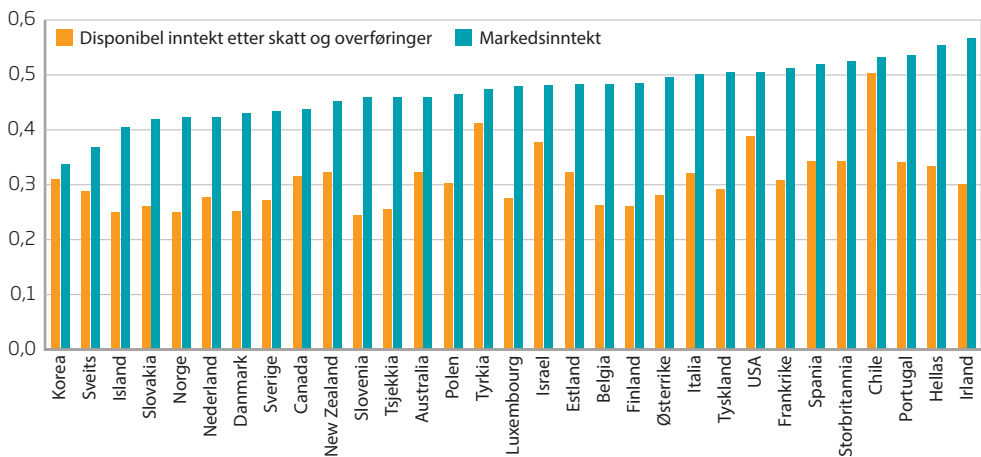
Hvorvidt inntektsutjevning *faktisk* medfører slike folkehelsegevinster, avhenger av i hvor stor grad forholdet mellom inntekt og helse er kausalt. I følge kunnskapsoppsummeringen fra Høgskolen i Oslo og Akershus er det grunn til å anta at sammenhengen mellom inntekt og helse er knyttet både til kausalitet, 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 ikke minst skatte- og overføringssystemet (figur 1.2). Særlig overføringer bidrar vesentlig til inntektsutjevning i Norge. 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 2011 (tall for Belgia er 2010, tall for Australia, Finland, Nederland, Ungarn og Mexico er 2012). Kilde: OECD Income Distribution Database



Figur 1-2. Gini-koeffisienter i ulike OECD-land 2011 før og etter skatt og overføringer (tall for Belgia er 2010, tall for Australia, Finland, Nederland og Mexico er 2012). 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 kapitlet, 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.

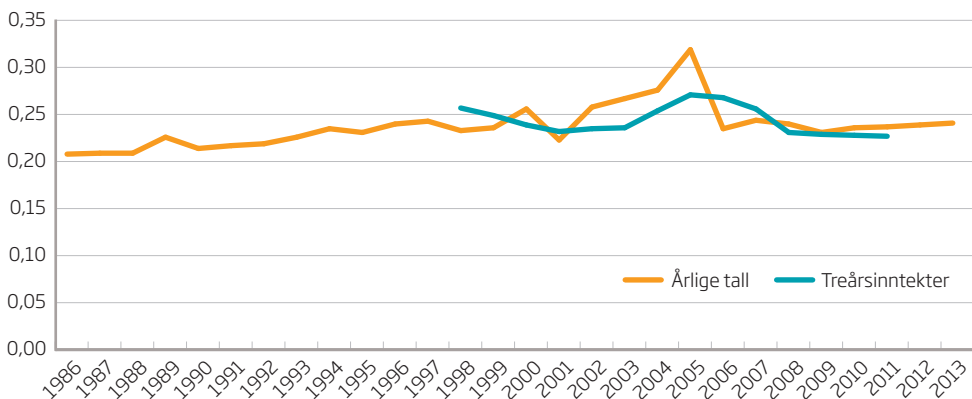
Det er flere måter å måle inntektsulikheter på. Gini-koeffisienten, som er brukt i figurene ovenfor, er et summarisk mål som ikke sier så mye om hvor i

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:

- Hovedindikator:
 - Gini-koeffisienten
- Supplerende indikatorer:
 - 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. Årlige tall og treårsinntekter. Inntekt etter skatt per forbruksenhet (EU-skala), studenter ekskludert. 1986-2013. Kilde: SSB

Totalt i perioden viser utviklingen en svakt økende ulikhet, men den har vært forholdsvis stabil de senere årene – hvis man ser bort fra uroen på midten av 2000-tallet, som skyldtes endringer i reglene for skatt på aksjeutbytte. Slike (mer eller mindre) tilfeldige årlige svingninger kan justeres et stykke på vei ved å se på ulikheter i treårsinntekter snarere enn årlige inntekter, slik figuren viser for årene 1998-2011. Her ser vi at trenden de senere årene i hvert fall ikke går mot økt inntektsulikhet.

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.

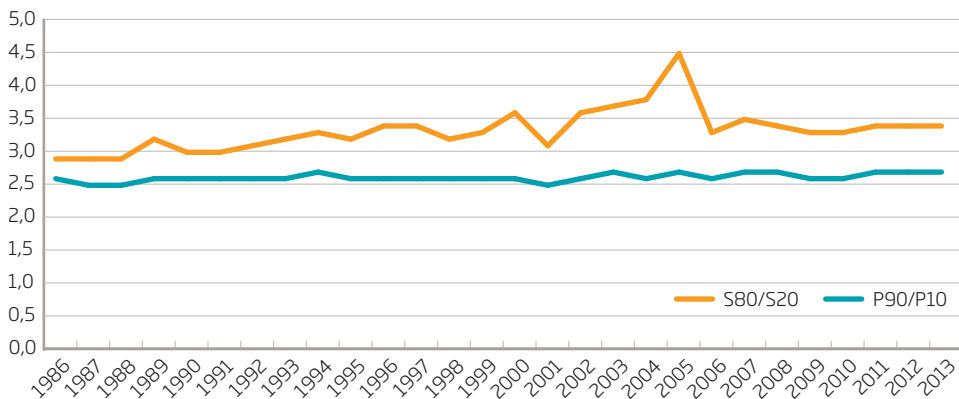
Studentpopulasjonen er her utelatt fra indikatorene som angår inntektsfordeling og lavinntektsandeler. For indikatorene på inntektsulikhet (Gini-koeffisienten, $S80/S20$ og $P90/P10$) spiller ikke dette noen vesentlig rolle for resultatet, mens bildet endres noe for indikatorene for lavinntektsandeler 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 inntektshierarkiet (i motsetning til Gini-koeffisienten, som gjenspeiler hele fordelingen). Som det går fram av Figur 1-4 viser $S80/S20$ 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 $S80/S20$). Som det går fram av figuren, har $P90/P10$ vært forholdsvis stabil i Norge de senere årene.



Figur 1-4. Utviklingen i inntektsulikhet målt ved $S80/S20$ og $P90/P10$. Inntekt etter skatt per forbruksenhet (EU-skala), studenter ekskludert. 1986-2013. 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, presenterer vi derfor også noen særskilte indikatorer for fattigdom.

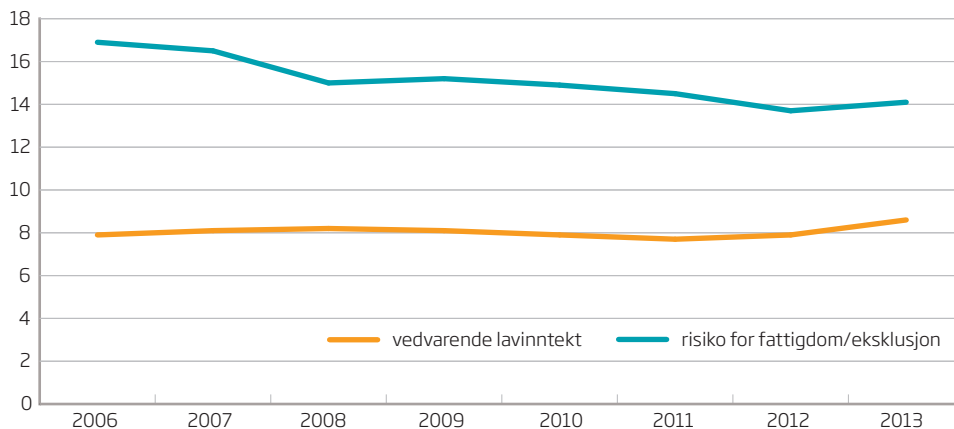
For å følge utviklingen i størrelsen på lavinntektsgruppen, benytter vi en hovedindikator basert på objektive observasjoner (registerdata), supplert med en spørreskjemabasert EU-indikator på opplevd fattigdom, samt to indikatorer for barnefattigdom (henholdsvis totalt og etter landbakgrunn):

- Hovedindikator
 - Andel med vedvarende lavinntekt, 3-årsperiode
- Supplerende indikatorer
 - 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 statistikkontor, Eurostat (Hagenaars et.al. 1994). Vi foreslår heretter å kun benytte EUs ekvivalensskala. EU definerer

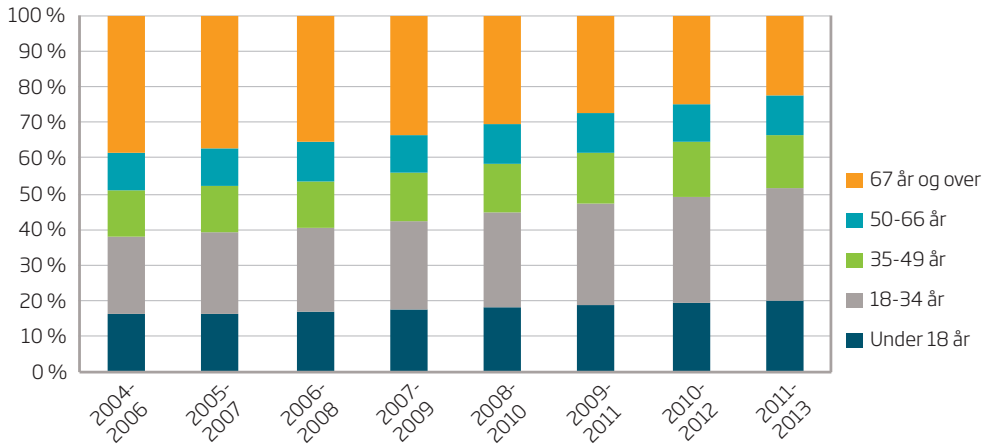
lavinntektsgrensen ved 60 prosent av medianinntekten (mens OECD gjerne setter den ved 50 prosent). Samlet sett blir altså fattigdomsandelen høyere ved bruk av EUs mål, enn OECDs.

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 (definert som vår hovedindikator, men ikke i en 3 års-periode); 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

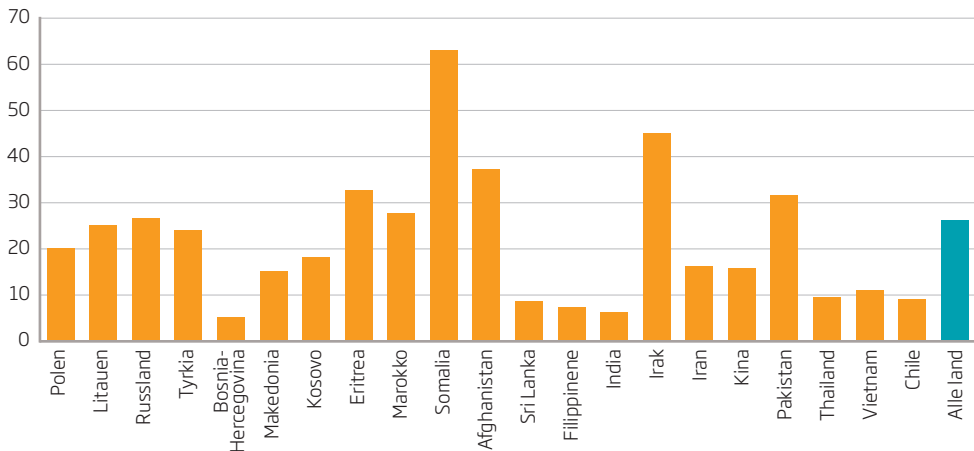
Andeler med vedvarende lavinntekt, 3 års-årsperioder, etter alder har endret seg en god del det siste tiåret. Spesielt gjelder dette de yngste og eldste aldersgruppene. Mens andelen med lavinntekt i aldersgruppen over 67 år har gått vesentlig ned (fra rundt 17 prosent midt på 2000-tallet, til under 10 prosent de seneste årene), har de yngste aldersgruppene - barn og unge voksne - økt sine andeler. Økningen blant unge voksne (aldersgruppen 18-34 år) kan til dels - men ikke helt - forklares av en definisjonsendring i 2013, som gjør at flere studenter nå er inkludert i statistikken. Uansett har det skjedd en aldersforskyvning i lavinntektsgruppen over tid, fra eldre til yngre. For eksempel økte barn og unge sin andel i lavinntektsgruppen fra under 40 prosent midt på 2000-tallet til over 50 prosent i 2013.



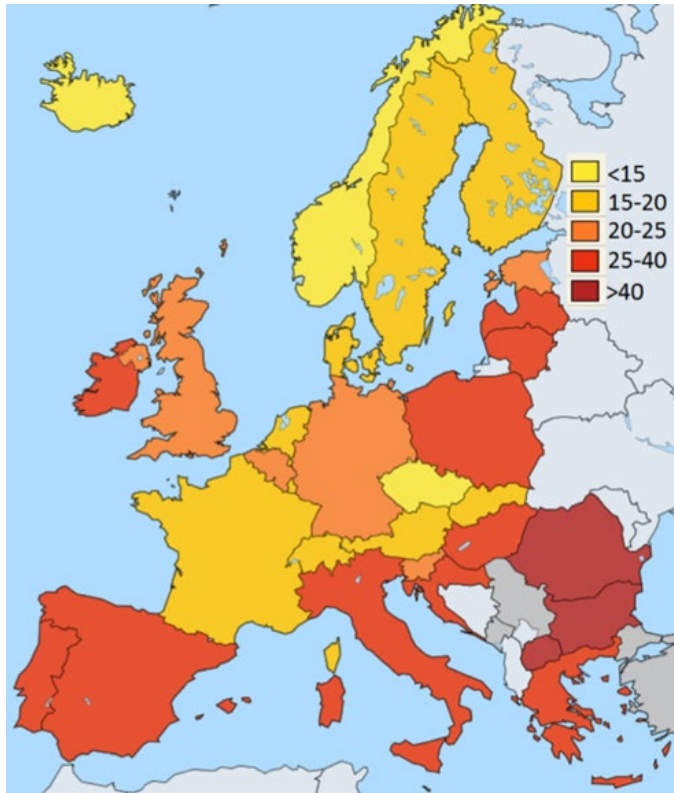
Figur 1-6 Andel personer med vedvarende lavinntekt. Aldersgrupper. Prosent (aleneboende studenter utelatt). Kilde:SSB

Mesteparten av økningen i vedvarende lavinntekt blant barn har funnet sted i innvandrerpopulasjonen (barn som selv er innvandrere eller har foreldre som er det). Om lag halvparten av alle barn med lavinntekt har innvandrerbakgrunn. 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.



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



Figur 1-8 Andel av befolkningen med risiko for fattigdom og sosial eksklusjon, 2013. Prosent. *Kilde: SSB*

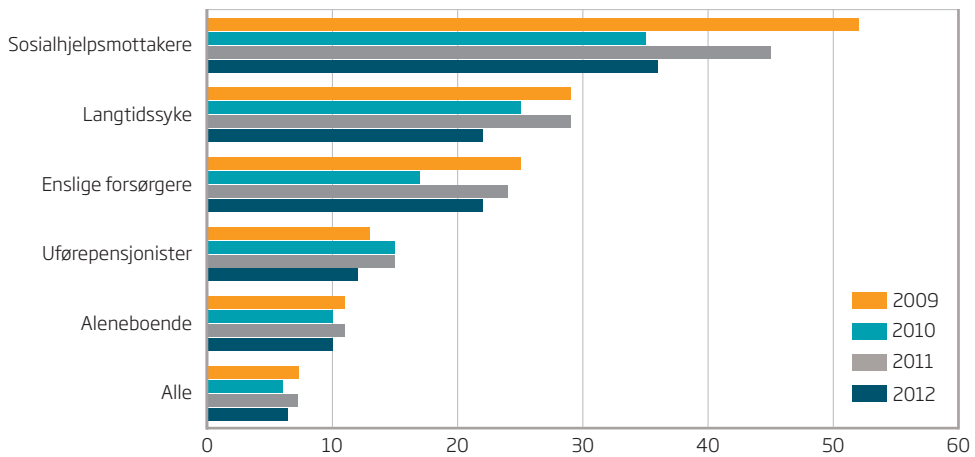
Selv om lavinntektspopulasjonen har vokst i Norge de siste årene, er vi fortsatt relativt heldig stilt i forhold til andre land. Figur 1-8 viser andeler med risiko for fattigdom eller sosial eksklusjon (indikatoren vi viste ovenfor) i EU- og EØS-området. Norge er her ett av tre land der mindre enn 15 prosent av befolkningen har slik risiko.

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. Det forrige rapporteringssystemet inkluderte tre slike indikatorer, og vi foreslår en av dem videreført her:

- Andel som synes 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 (panelundersøkelsene og EU-SILC).



Figur 1-9 Andel som synes det er vanskelig eller svært vanskelig å få endene til å møtes. Prosent.

Kilde: SSB Levekårsundersøkelsen og EU-SILC

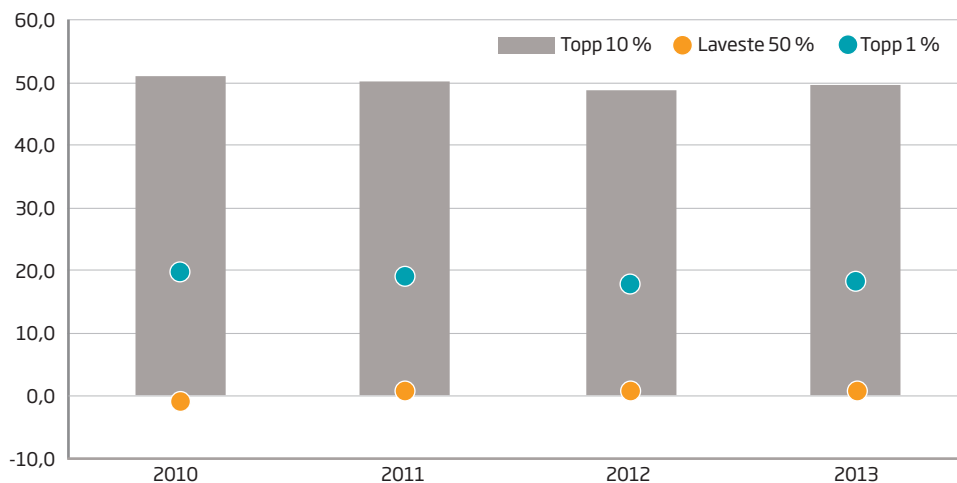
1.5 Formue og gjeld

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 husholdningenes 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:

- 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.



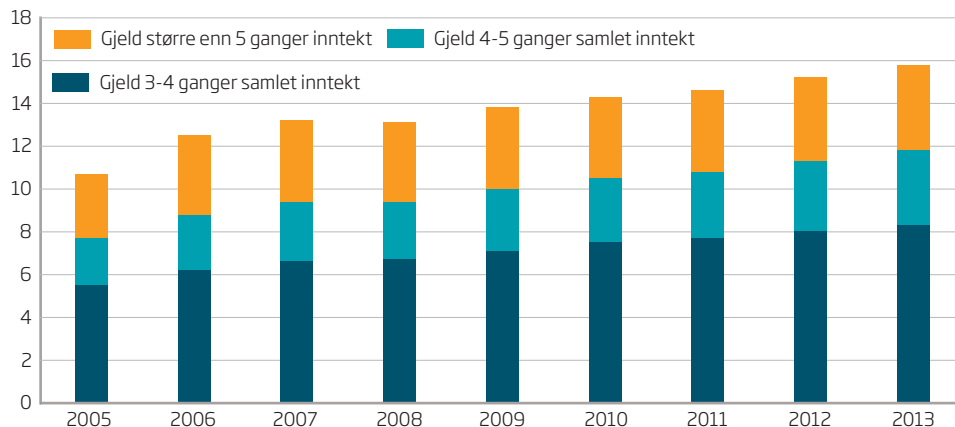
Figur 1-10 Formuesfordeling. Andel av sum nettoformue for husholdningene som disponeres av ulike formuesklasser. Personer i studenthusholdninger utelatt. 2010 - 2013. Prosent. Kilde: SSB

Figur 1-10 viser at husholdningenes samlede formue er svært skjevt fordelt i Norge, som i de fleste land. Den mest formuende tiendelen av husholdningene disponerer om lag 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 nesten 16 prosent:



Figur 1-11 Andelen husholdninger med gjeld minst 3 ganger større enn samlet inntekt. Personer i studenthusholdninger utelatt, 2005-2013. Kilde: SSB

2. Sosial støtte, deltagelse og medvirkning

Psykososiale påvirkningsfaktorer som sosial støtte, deltagelse og medvirkning har vesentlig betydning for folkehelsen. Det pågår derfor for tiden et arbeid med å inkludere psykososiale faktorer i folkehelsearbeidet. Forslagene til indikatorer for sosial støtte, deltagelse og medvirkning bygger hovedsakelig på en oversikt over mulige indikatorer som Statistisk sentralbyrå har utarbeidet. Det er behov for mer erfaring med tallfesting av indikatorene før det kan foretas et endelig utvalg. Arbeidet er godt i gang og vi vil i neste omgang presentere mer omfattende analyse av indikatorer og tall på dette feltet.

2.1 Sosial støtte og helse

Det finnes flere studier som har sett på sammenhengene mellom sosial støtte og helse (blant annet 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 statistikk for 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. Sosial støtte påvirker risikoen for både hjerte- og kar sykdommer, infeksjonssykdommer og depresjon. Mennesker som opplever lite sosial støtte har økt risiko for ulike stressfaktorer, som økonomiske problemer, problemer på arbeidsmarkedet, eller boligproblemer (Folkehelseinstituttet 2014). Sosial støtte fungerer også som en viktig buffer mot arbeidsrelatert stress som skyldes manglende samsvar mellom innsats og belønning, og mellom krav og opplevd kontroll (Falkum og Berge 2013).

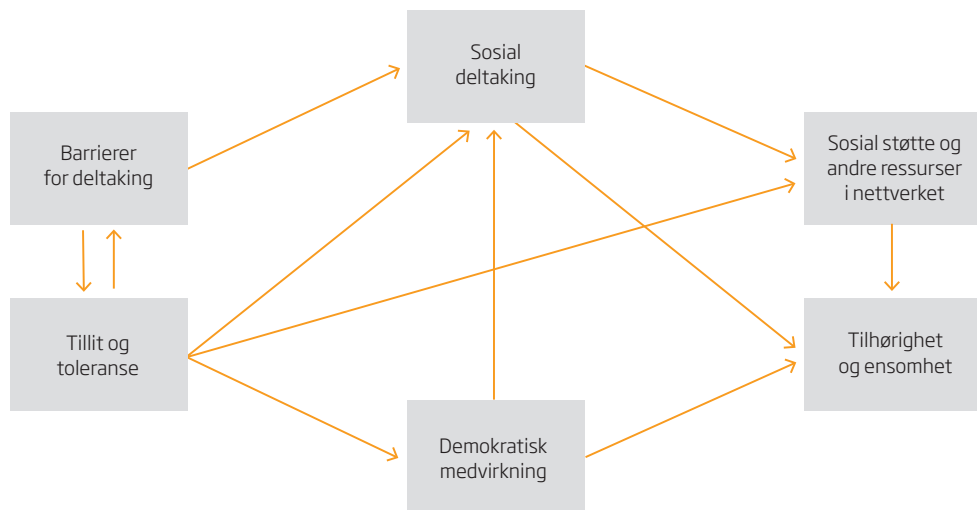
Både personlige og sosiale forhold påvirker graden av sosial støtte. Deltagelse på ulike arenaer, i skole/utdanning, arbeidslivet eller lokalmiljøet er en viktig forutsetning for å opprette og vedlikeholde et sosialt nettverk. Demokratiske samfunn som legger til rette for deltagelse og medvirkning, er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

2.2 Indikatorutvikling

Høsten 2014 ga Helsedirektoratet Statistisk sentralbyrå (SSB) i oppdrag å sammenstille eksisterende indikatorer innen områdene sosial støtte, medvirkning, deltagelse og tillit med utgangspunkt i Levekårsundersøkelsen. Det er intervjuopplysninger fra levekårsundersøkelser tilkoblet ulike registeropplysninger som utgjør datakilden de ulike indikatorene baserer seg på. I mars 2015 mottok vi notatet «Deltagelse, medvirkning, støtte, tillit og tilhørighet. Forslag til indikatorsett for sosiale relasjoner» fra SSB. Dette notatet utgjør et underlagsdokument som hoveddelen av dette kapittelet vil basere seg på og hente indikatorforslag fra. Framstilling og analyse av tall og trender vil ikke være mulig her. SSB vil i samarbeid med Helsedirektoratet presentere tall og analyse av indikatorene foreslått her, samt et sett supplerende indikatorer i egen rapport. Indikatorene vi presenterer her, må anses som foreløpige forslag. Når vi får mer erfaring med bruken vil det være naturlig å foreta et utvalg. Det skyldes blant annet at en del av de foreslåtte indikatorene er forholdsvis nye, og i liten grad brukt i tidligere analyser.

Vi har også valgt å foreslå to indikatorer fra Ung i Oslo-undersøkelsen 2015 (Andersen og Bakken 2015). Vi har valgt indikatorer fra Ung i Oslo fordi den viser sosioøkonomisk fordeling i ungdomspopulasjonen i motsetning til Ungdata som kun viser gjennomsnittstall. Ung i Oslo er et forskningsprosjekt som er finansiert av Oslo kommune. 24 000 ungdommer deltok i undersøkelsen.

Valg av indikatorer bør være både teoretisk og empirisk forankret. SSB foreslår i sin rapport følgende modell som viser dimensjoner ved og antatte sammenhenger mellom indikatorer for sosial deltagelse og støtte.



Figur 2-1 De seks dimensjonene i indikatorsettet for sosial deltagelse og støtte (kilde: SSB)

2.3 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.

2.3.1 Sosial støtte og nettverk blant voksne

Sosial støtte kan deles inn i emosjonell eller instrumentell støtte. Indikator som måler emosjonell støtte kan være omfang og kvalitet på nære relasjoner. Opplevelse av ensomhet kan også indikere grad av sosial støtte (se del-kapittel 2.7). Vi foreslår følgende indikatorer på emosjonell støtte:

- Uten en fortrolig
- Andel med fem eller flere personer de kan regne med hvis personlige problemer
- Lite tilfredsstillende samliv (basert på indeks)

Gode nære relasjoner er sentrale for opplevd sosial støtte, slik som i parforhold, familie og vennskap. Hvordan dette fordeler seg i befolkningen kan vi følge med på via følgende indikatorer:

- Lever i parforhold
- Bor alene
- Liten familiekontakt
- Liten vennekontakt med venner på bostedet/andre steder

Som indikator på instrumentell sosial støtte har vi følgende forslag:

- Har ingen man kan spørre om råd eller hjelp i minst to av følgende fire situasjoner:
 - Helseproblemer eller sykdom
 - Få et mindre lån for å dekke en uforutsett utgift
 - Vedlikehold eller reparasjon av bolig
 - Finne fram i offentlig byråkrati

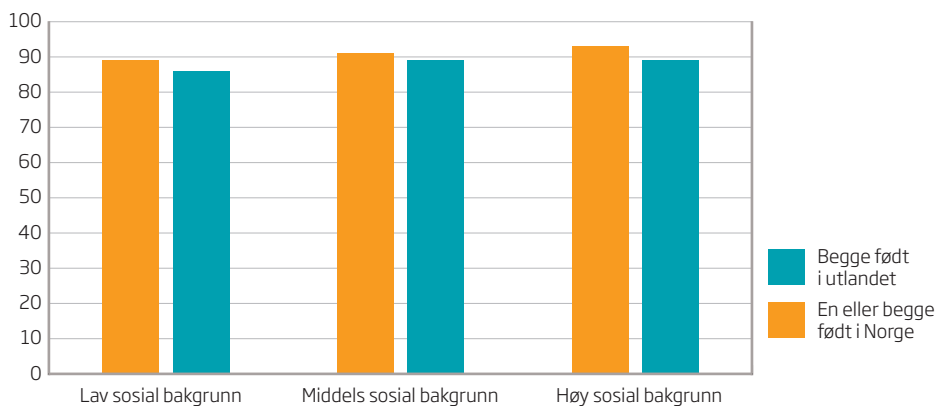
2.3.2 Sosial støtte blant barn og unge

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 barn - og ungdomsårene.

Vi foreslår følgende indikatorer som sier noe om nære relasjoner blant ungdom:

- Barn 13-15 (egne svar): Noen som står deg nær, og som du kan snakke fortrolig med, innenfor eller utenfor familien.
- Barn 13-15 (egne svar): Litt eller mye plaget av følelse av ensomhet siste 14 dager

Resultatene fra Ungdata-undersøkelsen 2014, 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 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 2-2 Andel unge i Oslo som har en fortrolig venn etter foreldres fødeland og sosiale bakgrunn. Oslo. (kilde: NOVA)

2.4 Sosial deltagelse og barrierer

I dette avsnittet presenterer vi indikatorer som måler grad av sosial deltagelse på ulike arenaer etter alder, og der det er mulig, ulike sosioøkonomiske grupper. Videre er det viktig å se på hvilke faktorer som påvirker sosial deltagelse og i hvilket omfang ulike barrierer, slik som økonomiske og/eller helsemessige barrierer hindrer deltagelse. Betrakter vi deltagelse i frivillige organisasjoner som en ressurs – i form av blant annet nettverksbygging, læring og personlig utvikling, er det relevant å følge med på hvordan ulike deler av befolkningen tar del i denne ressursen. I den voksne befolkningene 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)

2.4.1 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. Her har vi valgt å foreslå indikatorer på deltakelse i fritidsaktiviteter. Et relevant mål på sosial deltagelse kan være graden av organisasjonsmedlemskap, frivillig arbeid, samt kulturelle aktiviteter:

- Er ikke aktivt medlem i noen organisasjon
- Har utført gratisarbeid for organisasjon de siste 12 månedene
- Deltatt i kulturelle aktiviteter - vært på kino, teater, opera, konsert, museum eller kunstutstillinger sammen med andre siste 12 måneder

2.4.2 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, slik de er kartlagt i levekårsundersøkelsene. Forslagene nedenfor tar utgangspunkt i konkrete spørsmål om hvorfor en ikke gjør bestemte sosiale aktiviteter, og om årsakene er økonomiske, helsemessige eller andre.

Følgende spørsmål kan si noe om økonomi som barriere for deltagelse. Disse spørsmålene følges årlig gjennom Levekårsundersøkelsen EU-SILC fra 2013:

- Økonomiske årsaker til at du ikke kan gå ut med familie og/eller venner for å spise eller drikke noe minst en gang i måneden?
- Økonomiske årsaker til at du ikke har noen regelmessige fritidsaktiviteter som for eksempel å gå på kino, konsert eller lignende, trene eller delta i organisasjoner eller foreninger av noe slag?

Andre opplevde barrierer er knyttet til helseutfordringer, ensomhet eller fysiske barrierer som framkomstmuligheter.

- Vansker med å delta i organisasjons - og eller foreningsliv, eller vansker med å få kontakt med eller snakke med andre mennesker, på grunn av varige helseproblemer eller funksjonshemming

- Er hindret av helseproblemer på minst en av sju aktiviteter
 - Sport eller idrett sammen med andre?
 - Frivillig arbeid?
 - Vært sammen med andre for å dyrke felles hobbyer eller interesser?
 - Deltatt i kulturelle aktiviteter - vært på kino, teater, opera, konsert, museum eller kunstutstillinger sammen med andre?
 - Vært på besøk hos familie eller venner?
 - Vært på kafe, restaurant eller bar sammen med andre?
 - Vært på utflukter, helgeturer, ferieturer sammen med andre?
- Er hindret av vanskelig fremkommelig utemiljø, transport eller lignende på minst en av sju aktiviteter
- Er hindret av at de ikke har noen å gå sammen med/besøke på minst en av sju aktiviteter

Hindringer for å delta i frivillig arbeid kan sies å ha en særlig interesse, siden det er et politisk mål å øke andelen som deltar i slikt arbeid.

Følgende indikatorer er tilgjengelige:

- Andelen som opplever hindringer for frivillig arbeid
- Andelen som opplever hindringer for frivillig arbeid grunnet:
 - helseproblemer
 - vanskelig fremkommelig utemiljø, transport o.l.
 - at de ikke har noen å gå sammen med
 - forhold som gjør at de ikke har tid eller råd

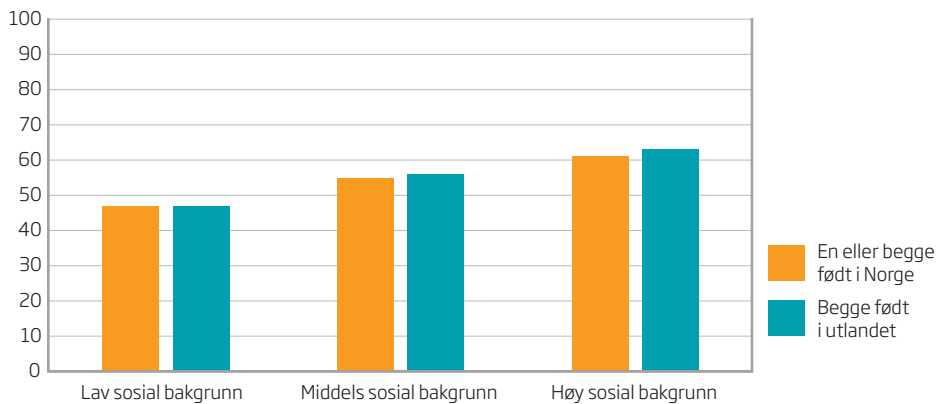
2.4.3 Sosial deltagelse blant barn og unge

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 i forhold til 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 (Ungdata, 2014).

Ung i Oslo - undersøkelsen viser sosiale forskjeller i organisasjonsdeltagelse blant ungdom.

Mulige indikatorer på barn og unges sosiale deltakelse:

- Barna i husholdningen deltar regelmessig i fritidsaktiviteter som idrett, spille i korps eller band, barne- og ungdomsorganisasjoner, speideren eller liknende
- Barn 6-15 år i husholdninger som er sjeldnere enn ukentlig sammen med venner på fritiden (ikke inkludert organisert idrett)



Figur 2-3. Andel unge i Oslo som er aktive i fritidsorganisasjoner - etter foreldrenes fødeland og sosiale bakgrunn (kilde: NOVA)

Blant ungdom i Oslo stiger organisasjonsdeltagelsen noe med stigende sosioøkonomisk bakgrunn.

2.4.4 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.

Indikatorforslaget under, som viser økonomiske hindringer for deltagelse blant barn, er hentet fra Levekårsundersøkelsen i en egen modul som var med i 2006 og 2014. Spørsmålet er stilt til foreldre.

- Økonomiske årsaker til at barn i husholdningen (1-15år) ikke deltar regelmessig i fritidsaktiviteter som idrett, spille i korps eller band, barn- og ungdomsorganisasjoner, speideren eller liknende.

2.5 Demokratisk medvirkning og tillit

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, SSB-notat).

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.

Som indikatorer på demokratisk medvirkning foreslår vi:

- Stemte ved forrige stortingsvalg/kommunevalg
- Har utført minst to av følgende fem aktiviteter de siste 12 måneder:
 - Har skrevet innlegg i avis eller tidsskrift for å påvirke en sak
 - Har skrevet innlegg på Internett for å påvirke en sak
 - Har kontaktet politiker eller offentlig tjenestemann for å påvirke en sak
 - Har ytt frivillig innsats i parti, organisasjon eller gruppe for å påvirke en sak
 - Har deltatt i lovlig offentlig demonstrasjon

2.6 Tillit

En av flere begrunnelser for denne dimensjonen er at den er nært knyttet til barrierer for deltagelse. 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. Dette er tenkt som en kategori som først og fremst angår makronivået. Samtidig utgjør tillit og toleranse også viktige ressurser på individnivå. En generelt tillitsfull og tolerant holdning gjør det lettere å få kontakt med andre. 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.

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. Forslåtte indikatorer:

- Andel av befolkningen som skårer minst 7 på et gjennomsnitt av følgende to påstander:
 - «Folk flest er til å stole på (10), eller en kan ikke være for forsiktig (0)»,
 - «Folk flest vil behandle deg rettfærdig (10) eller de vil utnytte deg (0)»
- Personlig tillit til det politiske systemet, på en skala fra 0 til 10, andel som skårer 7+
- Personlig tillit til rettsvesenet, på en skala fra 0 til 10, andel som skårer 7+
- Personlig tillit til politiet, på en skala fra 0 til 10, andel som skårer 7+

2.7 Tilhørighet og ensomhet

Sosial deltagelse og støtte bidrar til en opplevelse av sosial tilhørighet og motvirker ensomhet. Graden av tilhørighet versus ensomhet kan oppfattes som en egen dimensjon som ikke nødvendigvis faller sammen med de andre dimensjonene. Forslag til indikatorer på tilhørighet og ensomhet:

- Føler i høy grad tilhørighet til bedriften eller virksomheten en jobber i
- Litt, mye eller svært mye plaget av følelse av ensomhet siste 14 dager
- Mye eller svært mye plaget av ensomhet siste 14 dager
- Ungdom 13-15 år (egne svar): Litt eller mye plaget av følelse av ensomhet siste 14 dager

3. Trygge og helsefremmende miljøer

Flere byer i Norge har store utfordringer med luftforurensing, og tiltak er nødvendig for å nå nivåer som ikke har skadevirkninger på helse. Tall fra Statens vegvesen viser at vi ikke er i mål når det gjelder økt tilrettelegging for gående og syklende. Tilgangen til rekreasjonsområder har hatt en svak økning de siste årene. Dette skyldes i all hovedsak at flere kommuner har innført fartsgrense på 30 kilometer i timen der det tidligere var 40- eller 50-sone, og dermed faller inn under det som kalles trygg tilgang til rekreasjonsområder. 4 av 10 grunn- og videregående skoler mangler fremdeles godkjenning etter forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler. Det er i all hovedsak forhold knyttet til fysisk miljø som er årsak til at godkjenning ikke foreligger. Utviklingen innen skade- og ulykkesforebyggingen i trafikken viser generelt en positiv trend, men ytterligere innsats kreves for å nå målene om sikring i bil, bruk av sykkelhjelmer og refleksbruk.

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. Kunnskap om sammenhengen mellom miljø og helse kommer tydelig fram i folkehelseloven, ved 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 og grønne nærmiljøer og trygge omgivelser. I dette kapittelet ser vi blant annet på hvordan det tilrettelegges for aktivitet, mens befolkningens aktivitetsnivå omtales i kapittelet «Sunne valg». Når det gjelder psykososiale forhold, er disse normalt også en viktig del av innsatsområdet, men disse indikatorene omtales under kapitlet om «Sosial støtte, deltagelse og medvirkning».

Det er for første gang gjort et forsøk på å samle indikatorer for trygge og helsefremmende miljøer. Dette arbeidet har vært avhengig av samarbeid med flere etater. Miljødirektoratet, Vegdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet v/Deltasenteret, Kulturdepartementet, Folkehelseinstituttet, Statens strålevern og Mattilsynet har bidratt med innspill. Det er også i det videre arbeidet med indikatorutvikling behov for samarbeid med andre sektorer, og dette indikatorsettet er ikke utfyllende. Der det per i dag ikke finnes tilgjengelige indikatorer vil det gis en omtale av mulig indikatorutvikling.

3.2 Helsefremmende nærmiljø- og lokalsamfunnsutvikling

Det å kunne leve i trygge omgivelser med tilgang til rekreasjons- og grøntområder, støyfrie områder og ren luft, er av betydning for folkehelsen. Under dette delområdet kommer vi inn på luftkvalitet, støy, tilgang til natur- og rekreasjonsområder, friluftsliv og idrett.

3.2.1 Luftkvalitet

Verdens helseorganisasjon har identifisert luftforurensning som en av de prioriterte miljøfaktorene med størst helsemessig betydning. Lokal luft-

forurensning over tid, selv på lave nivåer, viser seg å ha en helseskadelig effekt. Luftforurensning kan gi luftveislidelser, hjerte- og karsykdommer, kreft og særlig forverre situasjonen for dem som allerede er syke. Sykdommer som er forbundet med dårlig luft er blant annet astma og allergi, luftveisinfeksjoner og bronkitt, KOLS, hjerteinfarkt og hjertesvikt, slag og lungekreft.

Barn, mennesker med underliggende sykdommer og eldre er spesielt utsatte for negative helseeffekter av forurensning. I tillegg kan det være uheldig for fosterutviklingen at gravide puster inn forurenset luft. Ren luft er en viktig kvalitet for et godt bo-, arbeids-, skole- og barnehagemiljø, og for at det skal være attraktivt å bevege seg utendørs.

- Mål for bedre luftkvalitet

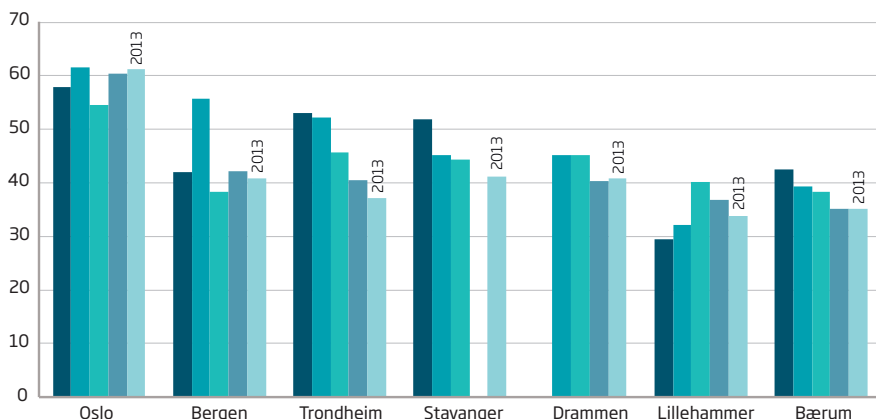
Lokal luftkvalitet er regulert i forurensningsforskriften kapittel 7 som angir et minstekrav til luftkvalitet. Grenseverdiene i forurensningsforskriften er juridisk bindende og kommunen er gitt myndighet til å sørge for at det iverksettes tiltak for å sikre at kravene overholdes. Det er et nasjonalt mål at helse og miljø ikke skal ta skade av luftforurensning fra svoveldioksid (SO₂), nitrogenoksid (NO_x), organiske flyktige løsemidler (VOC), ammoniakk (NH₃) og svevestøv fra partikler (PM). I tillegg er det fastsatt egne nasjonale mål for NO₂ og PM₁₀. Disse nasjonale målene angir ambisjonsnivået for luftkvalitet. I tillegg har Folkehelseinstituttet og Miljødirektoratet fastsatt *luftkvalitetskriterier* for ulike luftforurensningskomponenter basert på eksisterende kunnskap om hvilke helseeffekter disse gir. Kriteriene er satt så lavt at de aller fleste kan utsettes for disse nivåene av forurensning uten at det oppstår skadevirkninger på helse. Miljødirektoratet, Vegdirektoratet, Folkehelseinstituttet og Helse- og miljødirektoratet kom i 2014 med forslag til reviderte grenseverdier for luftkvalitet og endrede nasjonale mål. Det foreslås å stramme inn grenseverdiene for tillatte nivåer av partikler i uteluft.

Vi har valgt følgende indikatorer for luftkvalitet:

- Årsmiddelkonsentrasjon av nitrogendioksid (NO₂) de siste fem årene (verste målestasjon)
- Årsmiddelkonsentrasjon av svevestøv (PM₁₀) de siste fem årene (verste målestasjon)

De største utfordringene i norske byer er høye nivåer av nitrogen dioksid (NO₂) og svevestøv (PM₁₀). Den største kilden er vegtrafikk. Det er en rekke målestasjoner for lokal luftkvalitet i ulike byer og tettsteder i Norge. Luften måles kontinuerlig, og forurensningen varierer både fra dag til dag, og spesielt mellom ulike årstider. Det kan også være store årlige variasjoner. For å se utviklingen i lokal luftkvalitet tar indikatorene utgangspunkt i den målestasjonen i den enkelte kommunen som måler høyeste nivåer av NO₂ og PM₁₀, og ser på utviklingen i disse nivåene over de siste fem årene.

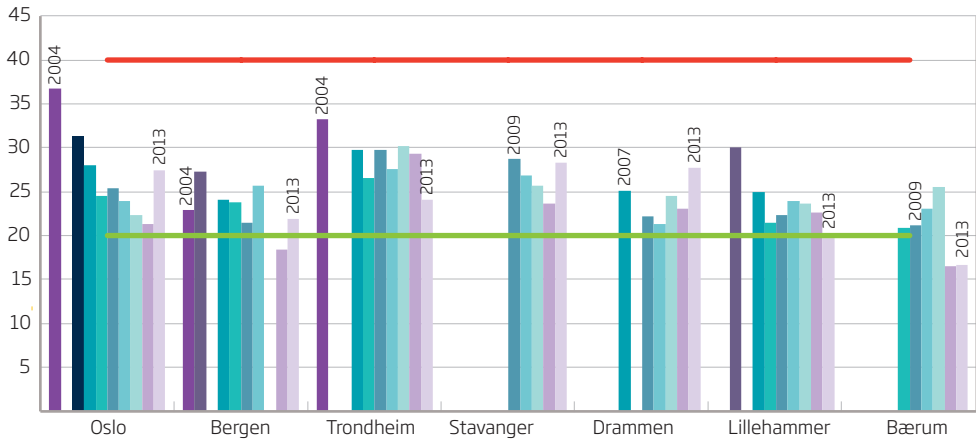
Årsmiddelkonsentrasjon for NO₂ de siste fem årene (verste målestasjon)



Figur 3-1 Årsmiddelkonsentrasjon (µg/m³n) av NO₂ i årene 2010-2014. Rød linje markerer grenseverdiene som for NO₂ også tilsvarer luftkvalitetskriteriene. Kilde: Miljødirektoratet

Nitrogen dioksid (NO₂) dannes ved høy temperatur, for eksempel i forbrenningsprosesser. Hovedkilden til NO₂-utslipp i norske byer er veitrafikk (spesielt dieselmotorer). De største norske byene har problemer med å overholde forurensningsforskriftens krav til årsmiddel for NO₂. Nivåene har holdt seg relativt stabile de siste fem årene.

Årsmiddelkonsentrasjon av PM₁₀ de siste fem årene (verste målestasjon)



Figur 3-2 Årsmiddelkonsentrasjon (µg/m³) av PM₁₀ i årene 2004-2013. Rød linje markerer grenseverdiene og grønn linje luftkvalitetskriteriene. Kilde: Miljødirektoratet

Figuren over viser årsmiddelkonsentrasjonen av PM₁₀ i perioden 2010-2014. Den røde linjen markerer grenseverdien i henhold til forurensningsforskriften kap 7. Grønn linje viser *luftkvalitetskriteriene*, som er satt så lavt at de aller fleste kan utsettes for disse nivåene uten at det oppstår skadevirkninger på helse. Som figuren viser, er det forurensningsnivåer over luftkvalitetskriteriene i flere norske byer, men det er generelt en nedadgående trend. Det er derfor viktig med ytterligere reduksjoner av PM₁₀-konsentrasjonen for å beskytte befolkningen mot uønskede helseeffekter. Ettersom den største kilden til luftforurensning er vegtrafikk, vil tiltak rettet mot trafikken være viktig. Statens vegvesen peker på trafikkreduserende tiltak, redusert bruk av piggdekk, redusert hastighet, og støvbinding og renhold (Statens vegvesen 2015). I tillegg kan vedfyring og utslipp fra industri være en viktig kilde i enkelte områder.

3.2.2 Støy

Fravær av støy har en positiv innvirkning på menneskers ve og vel, og opplevelsen av stillhet er en viktig del av kvalitetene i friluftsområder og kulturmiljø.

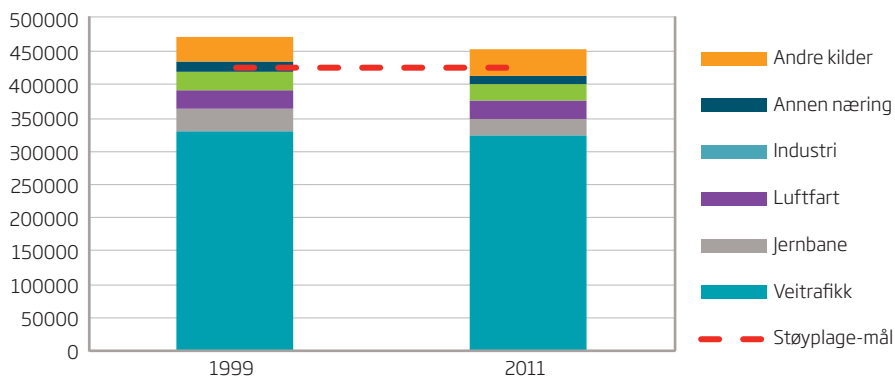
Følgende indikatorer sier noe om støyplageutfordringer i befolkningen:

- Støyplageindeks (SPI) i Norge - samlet støyplage for kartlagte kilder
- Personer utsatt for over 38 desibel (dBA) innendørs støynivå

Målet er at støyproblemer skal forebygges og reduseres, slik at hensynet til menneskenes helse og trivsel blir ivaretatt. I 2007 ble det fastsatt et nytt, todelt nasjonalt støymål. Det første målet er rettet mot den generelle støyplagen i Norge; at støyplagen skal reduseres med 10 prosent innen 2020 i forhold til 1999; mens det andre målet er rettet mot de som er utsatt for de høyeste støynivåene; at antall personer utsatt for innendørs støynivå over 38 dB skal reduseres med 30 prosent innen 2020 i forhold til 2005.

Støyplageindeks (SPI)

Det er behov for en felles indikator som tar hensyn til forskjeller mellom støykilder ettersom noen typer støykilder oppleves som mer plagsomme enn andre. Støyplageindeks (SPI) er en slik indikator.

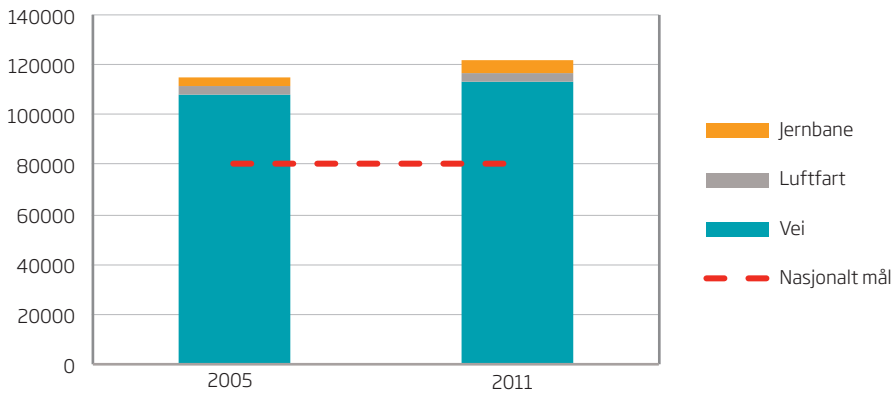


Figur 3-3 Utviklingen i støyplage i Norge 1999-2011 fra veg, jernbane, fly, industri, annen næringsvirksomhet og andre kilder. Kilde: Statistisk Sentralbyrå

Den største støykilden i Norge er vegtrafikk (Klima- og miljødepartementet 2014). Tallet på personer utsatt for støy fra vegtrafikk økte med rundt 5 prosent. Årsaken er den generelle økningen i trafikken og at flere er bosatt i de mest støyutsatte områdene. Rundt 80 prosent av de som er utsatt for jernbanestøy bor i Oslo og Akershus, og det er trafikkøkning på Drammensbanen og Gardermobanen som har ført til økningen som tallene over viser. Færre ble plaget av støy fra flytrafikk i 2011 enn i 2005, nedgangen var på 17 prosent.

Støykartlegging for Oslo fra 2012 viser en økning i støy både fra veg og bane. Folkehelseinstituttet gjennomfører for tiden en studie som ser på sosial ulikhet i eksponering for vegtrafikkstøy i Oslo. Foreløpige resultater viser at de som bodde i leilighet i større grad var eksponert for høyere støynivåer enn de som bodde i enebolig. I tillegg var de som hadde lav inntekt, de som leide boligen, de med innvandrerbakgrunn og de som bodde alene oftere eksponert for høyere støynivåer enn andre.

Personer som er utsatt for over 38 dBA innendørs støynivå



Figur 3-4: Personer utsatt for over 38 dBA innendørs støynivå. Kilde: Statistisk Sentralbyrå

Tallene over viser at i 2005 ble rundt 115 000 personer utsatt for støy over 38 desibel (dBA). Tallet økte til rundt 122 000 i 2011. Over 90 prosent av disse var utsatte for støy fra vegtrafikk. Tallet på personer utsatt for støy over 38 dBA innendørs kan være overestimert, og tallene fra Statistisk sentralbyrå (SSB) må sees som foreløpige.

Målet om 10 prosent reduksjon i støyplage innen 2020 forutsetter en kombinasjon av at det utvikles virkemidler og gjennomføres tiltak nasjonalt, og at det internasjonalt utvikles og stilles krav om betydelig mer støysvake bildekk og kjøretøyer. Nasjonale tiltak omfatter blant annet legging av støysvake vegdekker, fartsreduksjon på veg, tiltak for å fremme salg av støysvake bildekk, skinnsliping på jernbanestrekninger, økt fokus på støysvake infrastrukturkomponenter i fornyelses- og utbyggingsprosjekter, eventuell utskifting av bremseklosser på godstog, støyskjerming og fasadetiltak.

3.2.3 Tilgang til natur- og rekreasjonsområder, friluftsliv og idrett

Generelt er mennesker mer aktive dersom parker, grøntområder, anlegg for rekreasjon, mosjon og idrett, og viktige punkter 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, bedret 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. Den lokale aktiviteten i idrettslag og friluftslivsorganisasjoner genererer daglig mye fysisk aktivitet og er en viktig bidragsyter i folkehelse-sammenheng.

Barn, eldre og mennesker med funksjonsnedsettelse vil kunne ha begrenset aksjonsradius, eksempelvis på grunn av fysisk form, dårlig infrastruktur, eller risiko for skade eller ulykke. Det betyr at tilrettelegging og nærhet til nærområder som gir mulighet for fysisk aktivitet og naturopplevelse må vektlegges.

Natur, rekreasjon og friluftsliv

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.

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.

Tabellen 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.

Tabell 3-1 Andel bosatte og bygninger innen tettsteder med trygg tilgang til rekreasjonsareal og nærturterreng. Alder og bygningstypegrupper. Prosent

	Andel med trygg tilgang til rekreasjonsareal	Andel med trygg tilgang til nærturterreng
Alle aldre	55	49
Under 20 år	58	53
Barnehage	64	48
Skolebygning	53	40
Enebolig	56	56
Tomannsbolig	52	49
Rekkehus, kjedehus, andre småhus	62	54
Store boligbygg	44	33
Bygning for bofellesskap	55	47

Kilde: Statistisk sentralbyrå, Statistikkbanken kildetabell 09582 og 09579

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 boligbygninger som på grunn av fellestjenester (sosiale tjenester og velferdstjenester) skiller seg fra vanlige boliger. Kategorien deles inn i bo- og servicesenter (for eldre, funksjonshemmede, utviklingshemmede mv), 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 *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.

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 2011 til 2013 (SSB) viser at tilgangen til nærturterreng har holdt seg stabil, mens tilgangen til rekreasjonsareal har hatt en svak økning (tre prosentpoeng). En viktig årsak til dette er at flere kommuner har innført en fartsgrense 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 2018 skal kunne kartlegge og verdsette sine friluftslivsarealer, etter en metodikk utviklet av direktoratet. Når disse kartleggingene er ferdige vil mange kommuner ha bedre utgangspunkt for å rapportere, og dataene kan således bli bedre i relativt nær fremtid.

Anlegg for fysisk aktivitet og idrett

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.

Kulturdepartementet (KUD) drifter Idrettsanlegg.no, som er et nasjonalt register for idrettsanlegg og anlegg for fysisk aktivitet som inngår i spillemiddelordningen. Basert på dette registeret foreslår KUD å bruke anleggsdekning som indikator. KUD kan per i dag kun tilby rådata fra anleggsregisteret og eventuelt rådgivning knyttet til variabler og faktorer som kan inngå i en indikator. Dette vil være et utviklingsarbeid.

I tillegg finnes det tall i KOSTRA som kan vurderes å brukes som indikatorer på tilrettelegging for fysisk aktivitet, blant annet netto driftsutgifter 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

Gode transportsystemer utgjør en viktig del av gode lokalsamfunn. I samferdsel ligger en del negative effekter på helsen, som luftforurensning, støy og risiko for ulykker. Samtidig ligger det et stort potensial for å fremme god helse ved å tilrettelegge for aktiv transport og bruk av kollektivtransport for alle. 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.¹

Indikatorer for tilrettelegging for aktiv transport og kollektivtrafikk:

- Antall km tilrettelagt for gående og syklende langs riksveg totalt per år
- Antall km tilrettelegging for gående og syklende langs riksveg i utvalgte byer og tettsteder realisert per år
- Antall km utbygd kollektivfelt på riksvegnettet

Det er et nasjonalt mål at veksten i persontransport i storbyene skal tas med kollektivtransport, sykkel og gange. Kollektivtransport kan ta en del av veksten, men de store byene har også et stort potensial for å øke gå- og sykkelandelen (se også kapitlet Sunne valg). Bedre tilrettelegging for økt sykling og gange er en forutsetning for å nå målene om økt gå- og sykkelandel. Ifølge «Handlingsprogram 2014-2017. Oppfølging av Meld. St. 26 (2012-2013) Nasjonal transportplan 2014-2023» er målet å tilrettelegge 175 km i tilknytning til riksvegnettet for gående og syklende (Statens vegvesen 2015b).

Indikator	2014	2013	2012	2011	2010
Antall km tilrettelagt for gående og syklende langs riksveg totalt	68	41,5	37	37	39,9
Antall km riksveg tilrettelagt for gående og syklende i byer/tettsteder	8	12,7	6	6,8	3,6
Antall km nye kollektivfelt på riksvegnettet	6	0,8	0,3	1,6	1,7

Kilde: Tallene er hentet fra årsrapportene til Statens vegvesen. Tilrettelegging for gående og syklende er definert som «[...]tradisjonelle gang- og sykkelveger, sykkelveg med fortau, eller sykkelfelt med 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» (Nasjonal tiltaksplan for trafiksikkerhet på veg 2014-2017)

Indikatoren «Antall km tilrettelagt for gående og syklende totalt i inneværende år» inkluderer antall km sykkelfelt (tosidig), gang- og sykkelveg og gater med fartsgrense skiltet med 30 km/t eller 40 km/t (dersom løsningen er forankret i vedtatt plan for hovednett for sykkeltrafikken) og fortau (tosidig) som er bygget langs riksveg det enkelte år. Data hentes fra det enkelte prosjekt. Indikatorene på km tilrettelagt for gange og sykkel gjelder kun riksveg (altså ikke fylkesveg og kommunal veg).

Årsrapporteringen til Statens vegvesen viser at det i 2014 ble tilrettelagt for gående og syklende på 68 km i tilknytning til riksvegnettet. Av dette er 8 km tilrettelegging som en del av et sammenhengende nett i byer og tettsteder. 68 km tilsvarer en 39 prosent måloppnåelse i forhold til et mål i «Handlingsprogram 2014-2017. Oppfølging av Meld. St. 26 (2012-2013) Nasjonal transportplan 2014-2023» om 175 km tilrettelegging i fireårsperioden 2014-2017.

Tallene fra Statens vegvesen gjelder kun riksveg, og ikke kommunal og fylkeskommunal veg. Opplysninger om antall km som tilrettelegges for gående og syklende i tilknytning til fylkesvegnettet skal kunne hentes fra KOSTRA-databasen, men kvalitetssikring av tallene er nødvendig. Det er derfor vanskelig å si noe om status for tilrettelegging for gange, sykkel og kollektivtransport i helhet.

Det pågår et arbeid for at «sykkelfelt» og «sykkelveg med fortau» skal inkluderes i Nasjonal vegdatabank (NVDB), i tillegg til gang- og sykkelveg langs riksveg som registreres i dag. I Miljødirektoratet er det under utvikling en indikator under resultatområdet «Godt bymiljø»: «Delen av de daglige reisene som skjer på miljøvennlig måte (jf. miljøstatus.no)». Denne vil også være aktuell å følge med på fra et folkehelseperspektiv.

3.4 Annet miljørettet helsevern

For å sikre trygge og helsefremmende miljøer, er det i tillegg til påvirkningsfaktorene nevnt i 3.2 og 3.3, forhold knyttet til miljørettet helsevern og annet miljørettet helsearbeid som er viktige. 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.

Luft og støy er omtalt over. I denne delen kommer vi inn på andre forhold som innemiljø, strålevern, skader og ulykker, kjemikalier og forurensning, og vannkvalitet.

I henhold til § 9 i folkehelseloven skal kommunen føre tilsyn med de faktorer og forhold i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Dette kan være biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer. 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).

3.4.1 Miljørettet helsevern i barnehage og skole

En stor 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 i barnehager og skoler. 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.

Helsedirektoratet har, i samarbeid med Utdanningsdirektoratet, gjennomført tre nasjonale kartlegginger av skolenes godkjenningsstatus og kommunenes tilsynspraksis etter regelverket om miljørettet helsevern i 2007, 2009 og 2013. Det er påvist relativt store forskjeller mellom fylkene når det gjelder andelen godkjente grunn- og videregående skoler, på landsbasis mangler fortsatt 4 av 10 skoler godkjenning 19 år etter at forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler trådte i kraft. Det er i løpet av de tre kartleggingene ikke registrert noen positiv utvikling i godkjenningssituasjonen. Det er i hovedsak forhold knyttet til det fysiske miljøet i skolen som er årsak til at virksomhetene

mangler godkjenning (inneklima, sanitære forhold, mv). Det er et siktemål at skolenes og barnehagenes godkjenningsstatus skal fremgå av kommunenes rapportering i KOSTRA.

Helsedirektoratet gjennomfører 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. Det er første gang en slik grundig undersøkelse gjennomføres for barnehagene. Svarene vil gi oversikt over status for barnehagene etter helselovgivningen.

Det er videre foretatt en revisjon av veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler (2014), Miljø og helse i skolen (IS-2073) og Miljø og helse i barnehagen (IS-2072). 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.

3.4.2 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.

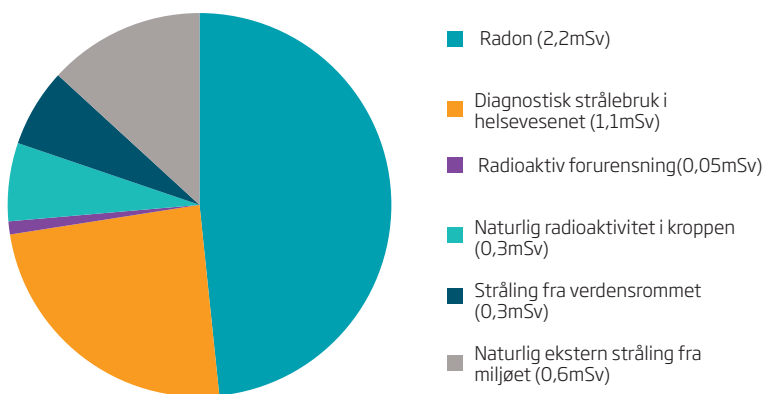
Vi har per i dag ingen indikatorer som gir en god oversikt over forekomsten av faktorer som påvirker inneklima.

Høsten 2014 ble det etablert et samarbeid mellom Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet om fukt i boliger. Bygningsmessige forhold eller eksponeringssituasjoner av betydning for inneklimaet er i liten grad kartlagt i Norge. Det er derfor vanskelig å angi den eksakte forekomsten vi har av fuktproblemer. Gjennom samarbeidsprosjektet vil det bl.a. vurderes om det kan etableres indikator(er) på dette området.

3.4.3 Strålevern

Stråling er overføring av energi i form av bølger som forplanter seg gjennom rommet eller gjennom et medium. Vi skiller gjerne mellom 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, UV-stråling fra solen og solarier, og fra radioaktive stoffer i berggrunn og jordsmonn (for eksempel radongass). I tillegg har vi flere menneskeskapte strålekilder, for eksempel røntgen-medisinske diagnostiske undersøkelser som CT og røntgen, og stråling, laserstråling UV-stråling fra solarier og elektromagnetiske felt fra kraftledninger, basestasjoner og mobiltelefoner. De biologiske virkningene ved eksponering avhenger blant annet av stråledosen og stråletypen.



Figur 3-6 Bidrag fra forskjellige kilder til årlig stråledose 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.

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 i borebrønnvann kan gi økte radonnivåer i inneluft, for eksempel i dusjområdet.

Radon er et inneklimaproblem. I inneluften fører radon til en bestråling av lunger og utgjør en risiko for lungekreft ved innånding. Kreftrisikoen øker med radonkonsentrasjonen og med tiden man oppholder seg i en radonutsatt bygning. Nivåene av radongass i innemiljøet er ofte høyere om vinteren fordi vi varmer opp husene og lufte 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 for en gjennomsnittsperson i Norge på 2,5 mSv/år, omtrent halvparten av den samlede årlige stråledosen vi 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. I 2008 hadde 8 prosent målt radon i egen bolig. I 2012 var tallet økt til 14 prosent og i 2014 svarte hele 22 prosent at de hadde målt.

Det er Statens stråleverns oppgave å ha kunnskap om og oversikt over radoneksponeringen 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.

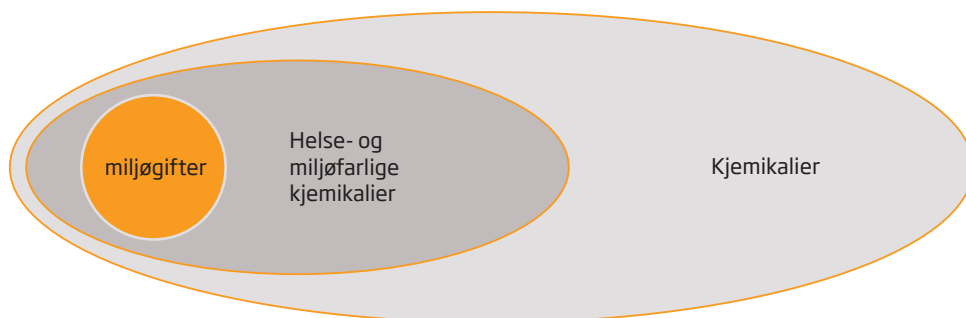
Strålevernet har, i samarbeid med Helsedirektoratet, igangsatt et prosjekt med målsetting å utvikle en veileder til bruk for kommunene i deres tilsyn med radonforholdene i skoler, barnehager og utleieboliger, samt gi god informasjon til befolkningen om tiltak i boligen, mv. Indikatorutviklingen vil kunne sees i sammenheng med dette.

3.4.4 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. Helsedirektoratet ønsker å etablere et indikator-samarbeid med ansvarlige etater på dette området.

Kjemikalier kan forårsake skader på helse og/eller miljø. I hvilken grad et gitt stoff forårsaker negative effekter på helse og miljø, vil avhenge av hvor store mengder det er snakk om. Noen kjemiske stoffer, som for eksempel sink og kobber, er livsnødvendige for organismer i lave konsentrasjoner. I for høye konsentrasjoner blir stoffene skadelige.

Miljøgifter er kjemikalier som er lite nedbrytbare, kan hope seg opp i levende organismer (bioakkumulere) og er giftige. Når vi bruker begrepet giftig her, omfatter dette også langtidsvirkninger som kreft, reproduksjonsskader og arvestoffskader. Også stoffer som er svært lite nedbrytbare og som svært lett hoper seg opp i levende organismer regnes som miljøgifter, selv om de ikke har kjente giftvirkninger.



Omfanget av kroniske skader og langtidsvirkninger som forårsakes av farlige kjemikalier er langt dårligere kjent enn omfanget av de akutte virkningene. Andelen kroniske helseskader og langtidsvirkninger som kreft, forandringer i arvestoffet og reproduksjonsskader som skyldes kjemikalier og hva som skyldes andre årsaker, er vanskelig å anslå.

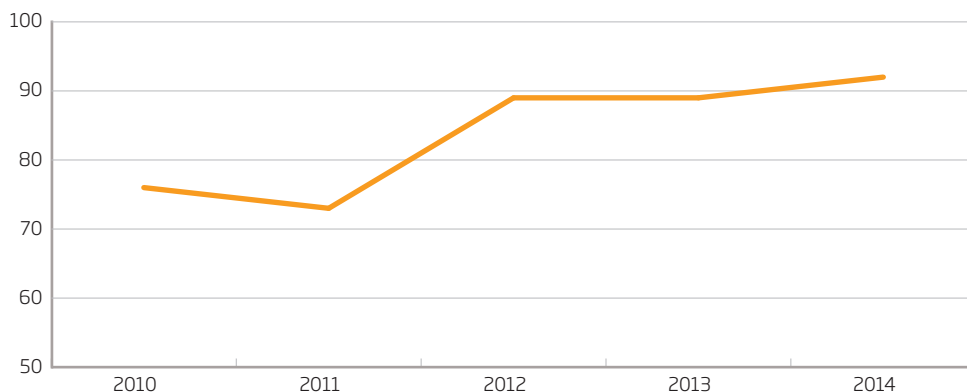
3.4.5 Vannforsyning

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.

Folkehelse rapporten 2014 (Folkehelseinstituttet 2014c) følger opp status på målene satt i Folkehelsemeldingen «God helse – felles ansvar». Hovedutfordringene knyttet til vannforsyningen i Norge er oppsummert i denne rapporten.

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. Det er utarbeidet en gjennomføringsplan for perioden 2014-2018. 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 (mål for innhold av fekal forurensning) og ikke-planlagte avbrudd (i kundetimer) som er koblet sammen for å gi et mål på hvor trygt vann forbrukerne mottok i de ulike kommunene. I tillegg er belyst hvor mange som ikke får vann fra rapporteringspliktige vannverk, som myndighetene ikke vet tilstanden på. Metoden ble første benyttet for folkehelseprofilene for 2014 og er beregnet tilbake til 2009.



Figur 3-7: Andel innbyggere tilknyttet vannverk med «god drikkevannsforsyning» basert på data om hygienisk kvalitet og leveringsstabilitet. Kilde: Folkehelseinstituttet

Av figuren over kan man se en økende trend av andelen innbyggere som mottar drikkevann som tilfredsstillende kriteriene for det som er satt for «god drikkevannsforsyning». I 2014 er andelen av innbyggere tilknyttet vannverk med «god drikkevannsforsyning» 92 prosent. Det gjøres oppmerksom på at disse resultatene gjelder kun for vannverk som forsyner minst 50 fastboende personer eller minst 20 husstander, som gjelder dette for ca 1560 vannverk som til sammen forsyner 89 prosent av befolkningen. For den resterende befolkningen som har små vannverk som forsyner mindre enn 20 husstander eller 50 personer, finnes ikke datagrunnlag til å si noe om status på vannforsyningen.

God drikkevannsforsyning

Tilfredsstillende analyseresultater:

- For hygienisk kvalitet mht. E.coli/ koliforme bakterier er kriteriene at minst 12 prøver må være analysert og minst 95 prosent av disse må være tilfredsstillende.
- For leveringsstabilitet er tilfredsstillende her definert som under 30 minutter ikke-planlagte avbrudd i året.
- For samlekategorien må begge parameterne, både hygienisk kvalitet og leveringsstabilitet, være tilfredsstillende.

Mangelfulle eller usikre data: Det er mangelfulle data/tatt for få prøver til å kunne si noe sikkert om drikkevannskvaliteten. Minst 12 prøver må være analysert mht. E.coli for å kunne si at resultatene er tilfredsstillende for hygienisk kvalitet. Denne kategorien omfatter også de som mangler data (eller har registrert resultater for sent).

3.5 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. For å styrke det tverrsektorielle, forebyggende arbeidet, signerte 11 departementer «Ulykker i Norge - Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade 2009-2014». I Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen, går det fram at strategien videreføres til 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.

Indikatorer:

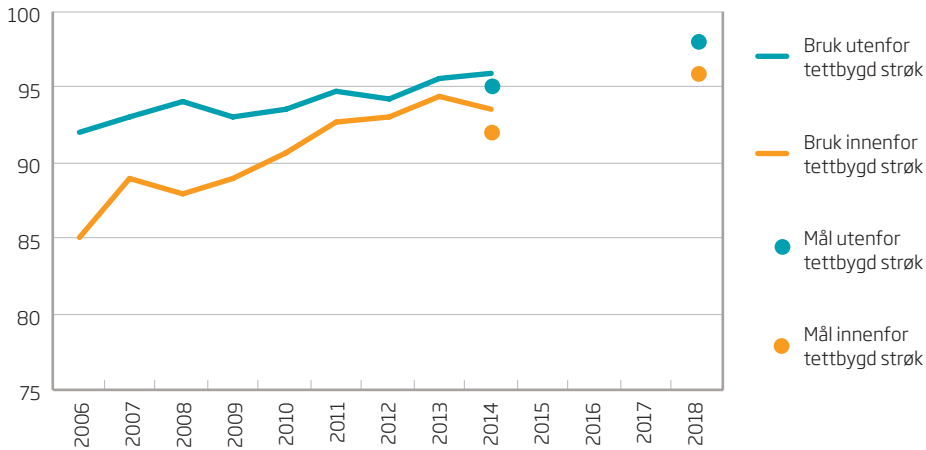
- Bilbeltebruk i lette kjøretøy
- Barn i alderen 1-3 år som er sikret bakovervendt i bil
- Bruk av sykkelhjelme
- Bruk av fotgjengerrefleks
- Antall km sykkelruter inspisert av totalt antall km sykkelruter
- Antall km sykkelruter utbedret av totalt antall km sykkelruter inspisert

Som en videreføring av den nasjonale strategien og en rapport utgitt i april 2014 (Folkehelseinstituttet 2014d), fikk Folkehelseinstituttet våren 2014 i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å foreslå indikatorer på skadefeltet. Indikatorene skal brukes til å følge utviklingen av skader og ulykker i Norge og bli et verktøy i forebyggende arbeid. Rapporten «Indikatorer på skadefeltet» ble oversendt departementet 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 noe utvikling. Det er grundig redegjort for disse indikatorene i nevnte rapport, og vi kommer ikke nærmere inn på disse her.

Vi kommer her inn på indikatorer knyttet til trafiksikkerhet og aktiv transport. I Nasjonal tiltaksplan for trafiksikkerhet 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. I rapporten «Trafiksikkerhetsutviklingen 2014 - Oppfølging av Nasjonal tiltaksplan på veg 2014-2017» finnes flere indikatorer som er relevante også for folkehelsen. Utvalget av figurer nedenfor er hentet fra denne rapporten.

3.5.1 Sikring i bil

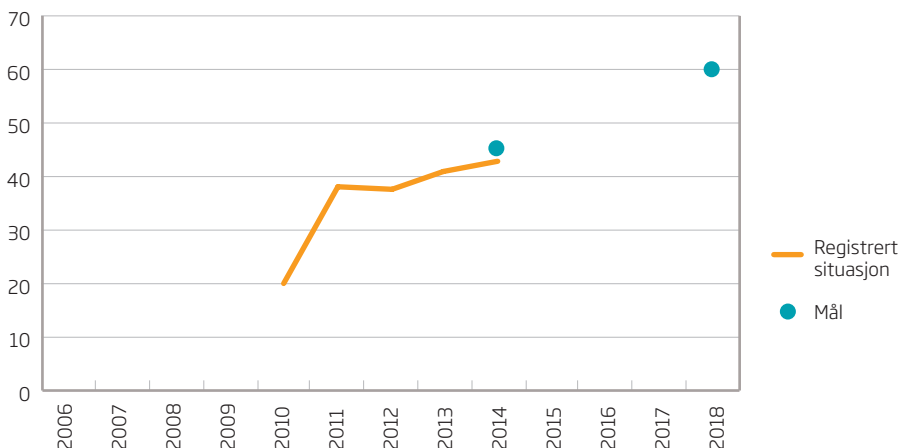
Figuren under viser utviklingen i bilbeltebruk i lette kjøretøyer i perioden 2002-2014, samt fastsatte mål for 2014 og 2018.



Figur 3-8: Bilbeltebruk i lette kjøretøy - registrert tilstand og mål. Kilde: Vegdirektoratet

Statens vegvesen gjennomfører hvert år en registrering av bilbeltebruk i lette kjøretøyer. Figuren over viser en klar positiv trend med økt bilbeltebruk. Dersom den langsiktige trenden fortsetter, vil målene for 2018 om 96 prosent bilbeltebruk innenfor tettbygde strøk og 98 prosent bilbeltebruk utenfor tettbygde strøk være innen rekkevidde.

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.

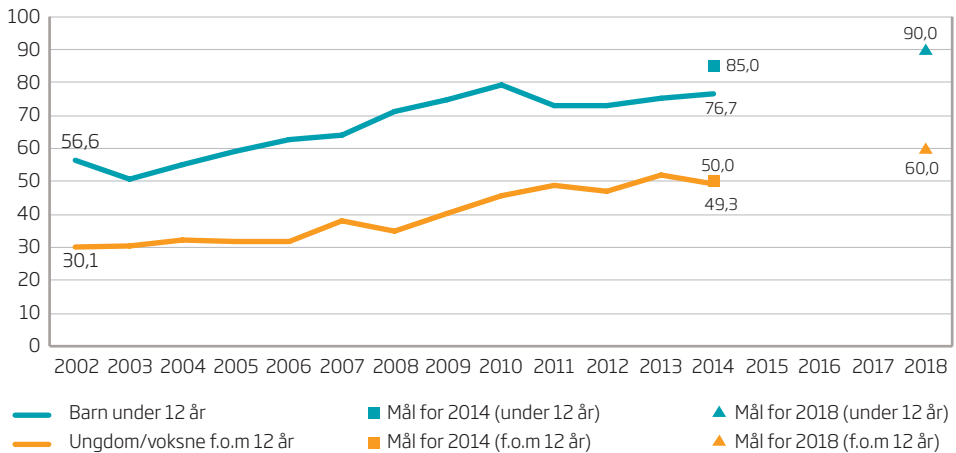


Figur 3-9: Barn i alderen 1-3 år som er sikret bakovervendt i bil - registrert tilstand og mål. Prosent. Kilde: Vegdirektoratet

Resultatet fra 2014 viste at andelen som sikres bakovervendt blir lavere med økende alder. Resultatet viser også store fylkesvise variasjoner. Målet for 2018 forutsetter at den positive trenden de siste fem årene fortsetter.

3.5.2 Sikkerhet ved sykling og gange

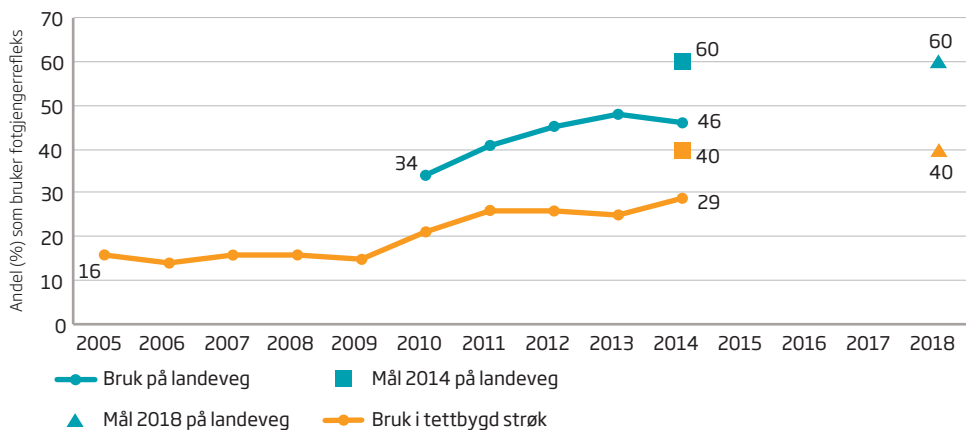
Figuren under viser utviklingen i bruk av sykkelhjelmer i perioden 2002-2014, og fastsatte mål for 2014 og 2018.



Figur 3-10 Bruk av sykkelhjelmer - registrert tilstand og mål. Kilde: Vegdirektoratet

Figuren viser at hjelmbruk blant barn økte kraftig fra 2003 til 2010. Etter det stoppet den positive utviklingen opp, og målet om 85 prosent hjelmbruk ble ikke nådd. For å nå målet om 90 prosent hjelmbruk blant barn i 2018 forutsetter et klart trendbrudd fra de siste års utvikling. Blant ungdom/voksne over 12 år har trenden vært positiv siden 2006. Tilstandsundersøkelsene viser at aldersgruppen 12-17 år har vesentlig lavere hjelmbruk enn de over 17 år.

Figuren under viser utviklingen i bruk av fotgjengerrefleks i perioden 2005-2014 på henholdsvis landeveg og i tettbygd strøk.



Figur 3-11 Bruk av fotgjengerrefleks - registrert tilstand og mål. Kilde: Vegdirektoratet

Hovedtrenden er at refleksbruk er økende. Målene i den foregående tiltaksplanen var for ambisiøse, og de var langt fra nådd. Målene for 2014 ble derfor videreført for 2018.

Sikring av sykkelvei

Utover indikatorer hentet fra «Trafikksikkerhetsutviklingen 2014» foreslås to indikatorer. Disse har sammenheng med delområdet helsefremmende transportløsninger og aktiv transport. Indikatorne vil kunne si noe om sikkerheten ved sykkelvegnettet i Norge når det gjelder riksveg.

Indikator	2014
Antall km sykkelruter utbedret av totalt antall km inspisert langs riksveg inneværende år	41
Antall km sykkelruter inspisert av totalt antall km sykkelruter langs riksveg inneværende år	80

Kilde: Vegdirektoratet

Sykkelveginnspeksjoner innebærer en systematisk gjennomgang av eksisterende sykkelruter med henblikk på å oppdage mangler og finne fram til strakstiltak som kan gi bedret trafikksikkerhet, framkommelighet og opplevelse for syklister og gående. Sykkelrutene består av gang- og sykkelveger, inkludert sykkelveg med fortau, og gater/veger med tosidig sykkelfelt, alle klassifisert som riksveg.

For første indikator måles antall km som skal utbedres etter inspeksjon. Strekninger som er inspisert og funnet i orden regnes som utbedret. Det vil si at antall km som er inspisert alltid vil være høyere enn antall km utbedret fordi

noen av km inspiserte også vil ha behov for større ombygginger som krever reguleringsplan. I Handlingsprogrammet for 2010-2013 står det at 40 prosent av eksisterende gang- og sykkelruter langs riksveg skal inspiseres og om nødvendig utbedres. Innen 202 skal det gjennomføres inspeksjoner av alle sykkelruter som staten har ansvar for med påfølgende strakstiltak for trafikksikkerhet og framkommelighet.

Økt sykling kan med dagens utforming av vegnettet medføre flere ulykker. Nullvisjonen for trafikksikkerhet legges til grunn for arbeidet med å øke sykkeltrafikken, og tiltak for bedre sikkerhet for syklistene inkluderes i sektorens generelle trafikksikkerhetsarbeid.

3.6 Universell utforming

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, eller personer som er miljøhemmet grunnet faktorer som astma eller allergi. Universell utforming er lovfestet i diskriminerings- og tilgjengelighetsloven (dtl). Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) v/Deltasenteret, arbeider for at personer med nedsatt funksjonsevne skal kunne delta i samfunnet på linje med andre. Ut fra et folkehelseperspektiv er universell utforming en viktig faktor både for helsefremmende stedsutvikling, helsefremmende transportløsninger og sosial deltakelse.

Arbeid med indikatorer innenfor universell utforming er den enkelte sektors ansvar. Bufdir v/Deltasenteret arbeider med å samle tall, indikatorer, dokumentasjon og statistikk innenfor universell utforming-feltet. Deltasenteret utga i 2014 «Sluttrapport – Arbeid med nasjonale indikatorer innenfor tilgjengelighet og universell utforming – 2014», der statistikk er innhentet i samarbeid med en rekke etater med ansvar for universell utforming innen sin sektor. Rapporten oppsummerer noe av den viktigste statistikken og indikatorer for universell utforming for bevegelsehemmede og synshemmede, innen bygg, transport, uteområder og IKT. Per i dag finnes ikke data for miljøhemmede. Deltasenteret arbeider nå med å legge relevante tall, indikatorer og statistikk på nett, og initierer egne undersøkelser av status på universell utformingsfeltet.

Vi har valgt å presentere indikatorer relatert til transport og tilgang til uteområder:

- Jernbaneplasser med universell utforming (antall)
- Tilgjengelige uteområder, Norge totalt - bevegelseshemmede. 2014
- Tilgjengelige uteområder, Norge totalt - synshemmede. 2014

3.6.1 Transport

Det er et nasjonalt mål at transportsystemet i så stor grad som mulig skal kunne benyttes av alle, i alle aldre og med ulike forutsetninger. For å oppnå dette arbeides det for at reisekjeder skal bli universelt utformet.²

I Bufdirs sluttrapport om nasjonale indikatorer for tilgjengelighet og universell utforming vises det blant annet til at «Antall kollektivknutepunkt som ble universelt utformet langs riksveg» i perioden 2010-2013 var 26 (Statens vegvesens årsrapport). Dette kan være en relevant indikator dersom den ses i sammenheng med totalt antall kollektivknutepunkt eller et angitt mål om kollektivknutepunkt som er universelt utformet.

Rapporten viser også til SSBs tidsserie over «Antall jernbaneplasser som er universelt utformet».

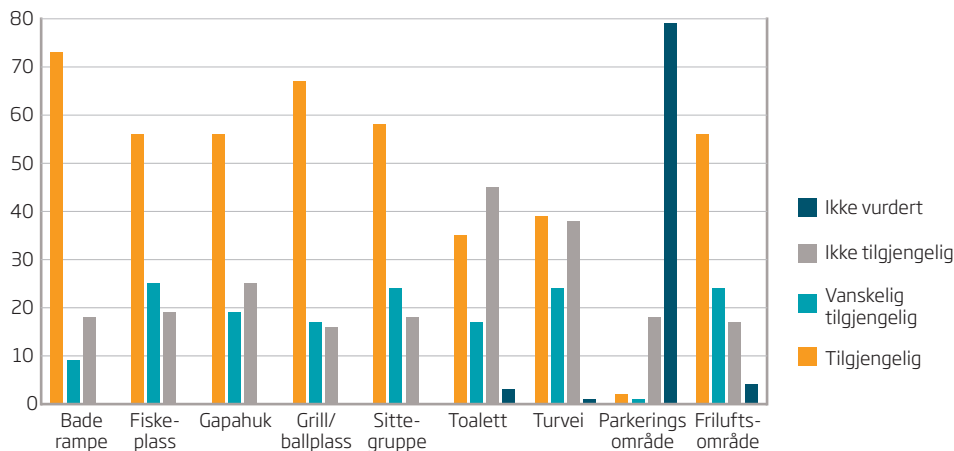
Plattformer med universell utforming (antall)	2008	2009	2010	2011	2012	2013
	8	10	10	27	38	41

Indikator viser en økning i antall jernbaneplasser som er universelt utformet.

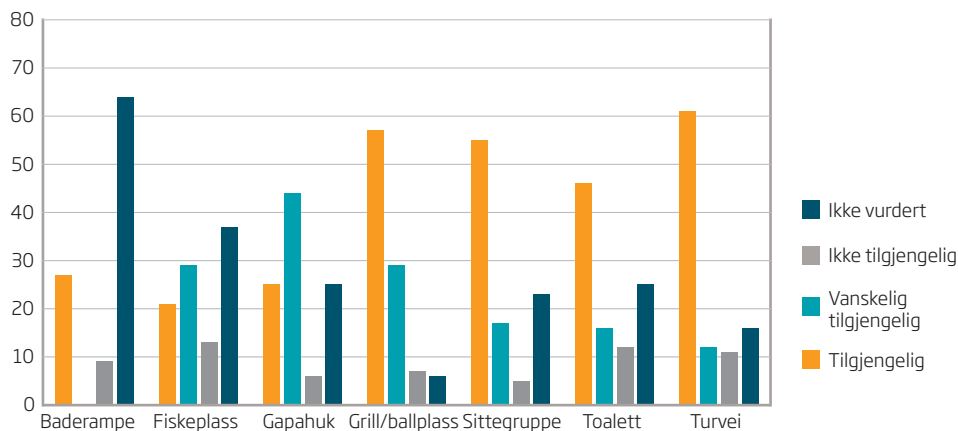
3.6.2 Tur - og rekreasjonsområder

Kartverket og KOSTRA-rapportering er Deltasenterets kilder til data om tilgjengelighet i byer, tettsteder og friluftsområder. Kartverkets kartlegging av tilgjengelighetsdata er en del av et større nasjonalt prosjekt om bruk av geografiske informasjonssystem for innhenting og presentasjon av data om universell utforming. Denne kartleggingen er utformet med tanke på fremkommelighet for personer med nedsatt bevegelse og nedsatt syn.

Kartverket har registrert tilgjengeligheten i friluftsområder og viktige objekter i disse områdene. Denne indikatoren er relevant i forhold til muligheten personer med nedsatt bevegelighet eller syn har til et aktivt liv med fysisk aktivitet og sosial deltagelse.



Figur 3-12 Tilgjengelige uteområder, Norge totalt - bevegelseshemmede 2014



Figur 3-13 Tilgjengelige uteområder; Norge totalt- synshemmede 2014

4. Sunne valg

Nedgangen i dagligrøyking fortsetter blant voksne, særlig for gruppen med kort utdanning, så her minker ulikhetene. Blant ungdom er det også markert nedgang i røyking, men her ser de sosioøkonomiske ulikhetene ut til å holde seg stabile. Stadig flere voksne og unge, men fortsatt alt for få, rapporterer at de følger anbefalt nivå for fysisk aktivitet. Det er også få som følger kostrådene, særlig blant menn, og de sosiale forskjellene i inntak av frukt og grønt blant unge, holder seg stabile. Alkoholbruken har de siste årene gått noe ned, både i befolkningen generelt og særlig blant ungdom. Sist i kapitlet beskrives virkemidler for å påvirke helseatferd (avgifter/priser, bevillinger, nøkkelhullmerking m.m.)

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 hjertekarsykdommer, type 2 diabetes, kreft og kroniske luftveissykdommer og rus/alkoholrelaterte skader. Bakenforliggende årsaker som utdanning, inntekt og sosial posisjon har betydning for befolkningens helseatferd. I tillegg påvirkes vi av tilgjengelige valgalternativer og hvorvidt de sunneste alternativene er gjort lett tilgjengelig.

Den globale sykdomsbyrdestudien under ledelse av Institute for Health Metrics and Evaluation, viser at ikke-smittsomme sykdommer utgjør den største sykdomsbyrden globalt målt i kvalitetsjusterte leveår (www.healthdata.org/gbd). 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 2013 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. Norge har en egen strategi for ikke-smittsomme sykdommer som bygger på eksisterende nasjonale handlingsplaner, strategier og retningslinjer. Ambisjonen er at strategien skal bidra til at vi i Norge når målet om 25 prosent reduksjon i for tidlig død av disse folkesykdommene før 2025 (Helse- og omsorgsdepartementet 2013).

Våre levevaner har konsekvenser for miljø og bærekraft; produksjon og forbruk av mat står for en betydelig del av Norges klimagassutslipp. I følge Miljødirektoratet vil de mest effektive tiltakene for å redusere utslipp være knyttet til matproduksjon og forbruk. Redusert matsvinn og et mer plantebasert kosthold, med mindre rødt kjøtt, noe som er i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger, vil gi et mer bærekraftig kosthold og redusere klimagassutslipp. 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.

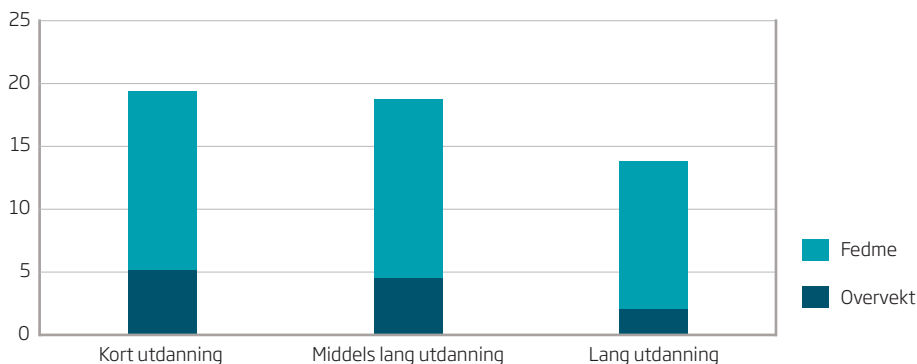
4.2 Overvekt og fedme

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.

Indikator på overvekt og fedme:

- 3. klassinger med overvekt og fedme, fordelt etter mors utdanningsnivå

Folkehelseinstituttet sine målinger av høyde og vekt av 8-åringer viste at knapt 16 prosent hadde overvekt eller fedme i 2012. Andelen var noe lavere blant barn av mødre med lang utdanning sammenliknet med barn av mødre med middels og lav utdanning (figur 4-1).



Figur 4-1 Andelen 3. klassinger med overvekt og fedme etter mors utdanning, kontrollert for kjønn og bosted (sammenslått 2010 og 2012. Prosent (Kilde: Nasjonalt folkehelseinstitutt)

Blant voksne kvinner og menn viser SSB sine tall basert på selvrapportert høyde og vekt, at andelen med overvekt og fedme hadde økt svakt, fra 42 prosent til 45 prosent, i perioden 2002 til 2012. Andelen var generelt høyere for menn enn kvinner.

4.3 Bruk av tobakk

I Norge har vi gjennom mange år sett en positiv utvikling i røykevaner – stadig færre unge rekrutteres til røyking. Dette fører til at gjennomsnittsalderen til dagligrøykeren nærmer seg 50 år. Det er imidlertid fortsatt stor forskjell mellom ulike sosiale grupper.

Å forebygge at unge begynner å røyke gir store langsiktige helsegevinster. For å oppnå helsegevinster på kort sikt må det satses på røykeslutt. 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.

Ifølge Folkehelseinstituttet sin oppsummering fra 2014 er det også forbundet økt helsefare knyttet til bruk av snus. Bruk av snus kan føre til økt risiko for tre ulike kreftformer, uønskede svangerskapsutfall, diabetes mellitus type 2, samt risiko for å dø etter hjerteinfarkt eller hjerneslag (Folkehelseinstituttet 2014).

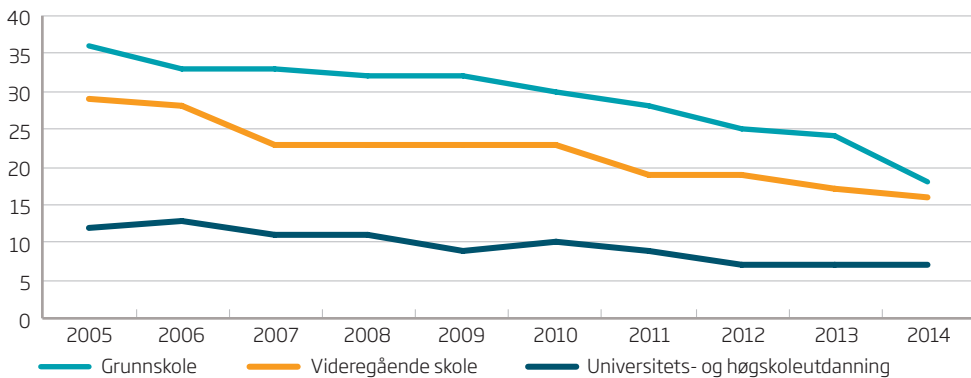
Indikatorer på bruk av tobakk:

- Dagligrøyking voksne 16-74 år etter utdanningsnivå (25-74 år)
- Daglig tobakksbruk (røyk og snus) blant unge (6.-10. klasse) etter sosioøkonomisk status

Det globale NCD-målet vedtatt av WHO i 2013 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 22 prosent i 2014 og en ligger derfor godt an til å nå målet om 30 prosent røykere innen 2025. Når det gjelder snusbruk, derimot, har utviklingen vært negativ. Fra 2011 til 2014 har andelen snusbrukere (daglig og av og til) økt fra 13 til 14 prosent. Skal målet om 30 prosent reduksjon i snusbruk nåes, må denne andelen ned på 9 prosent.

De gjeldende nasjonale mål for røyking (2013-2016) er at andelen daglig røykere skal være under 6 prosent i aldersgruppen 16-24 år, under 10 prosent i hele befolkningen, daglig snusbruk skal ikke være mer enn 25 prosent for menn og 11 prosent for kvinner i aldersgruppen 16-24 år og ikke mer enn 8 prosent for befolkningen generelt.

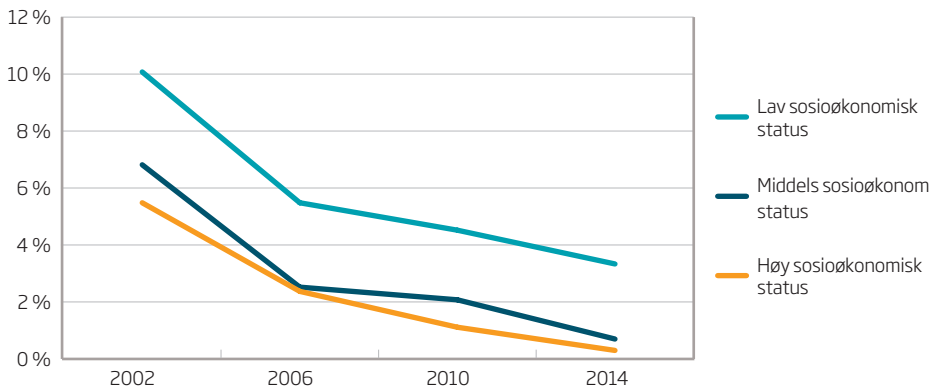
Utviklingen i andelen dagligrøykere har vært positiv det siste tiåret, både for hele befolkningen samlet, for begge kjønn, for ulike sosioøkonomiske grupper (figur 4-2) og for de yngste (figur 4-3). Norge er blant de landene med størst nedgang andel dagligrøykere de siste ti årene.



Figur 4-2 Dagligrøyking blant voksne 16-74 år etter utdanning (25-74 år), 2005-2014 (kilde: SSB)

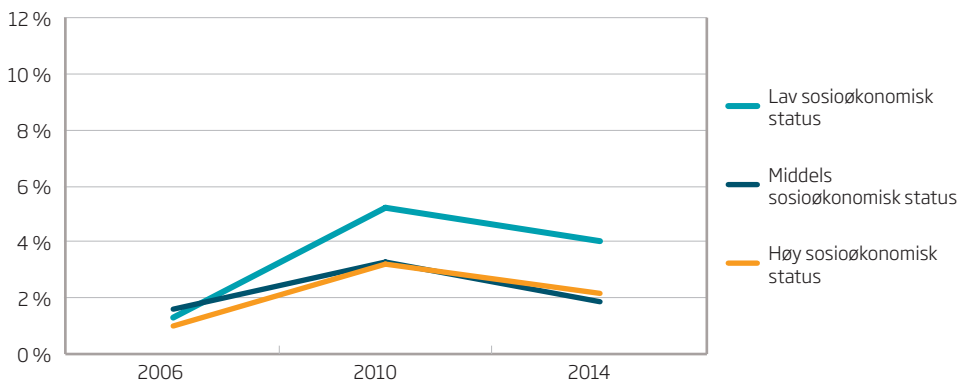
Når det gjelder daglig bruk av snus var det i lengre tid en økning i andelen, særlig blant unge menn i aldersgruppen 16-24 år. De senere årene er det en antydning til at økningen har stanset opp i denne aldersgruppen, både for kvinner og for menn.

Helsevaneundersøkelsen blant skoleungdom (HEVAS) har i flere år samlet inn data om levevaner blant 6., 8. og 10-klassinger, deriblant tobakksbruk. HEVAS ser også på sosiale forskjeller i levevaner blant ungdom.



Figur 4-3 Daglig røyking blant unge (6.-10. klasse) etter sosioøkonomisk status, i perioden 2002-2014. Kilde: Helsevaneundersøkelsen blant skoleungdom(HEVAS), UiB.

Som figuren over viser så har det vært en markant nedgang i røyking blant ungdom i alle sosioøkonomiske grupper, men de sosiale forskjellene har holdt seg stabile og vi ser nå at majoriteten av dagligrøykere blant ungdom befinner seg i gruppen med lav sosioøkonomisk status.



Figur 4-4 Daglig snusbruk blant unge (6.-10. klasse) etter sosioøkonomisk status, i perioden 2002-2014. Kilde: Helsevaneundersøkelsen blant skoleungdom(HEVAS),UiB

Vi finner ikke helt det samme sosioøkonomiske mønsteret i snusbruk blant unge som i røyking, selv om det også her er en overvekt av brukere i gruppen med lav sosioøkonomisk status i 2010 og 2014. Det som er gledelig er at det har vært en nedgang i snusbruk i hele populasjonen. Noe også andre undersøkelser viser, for eksempel Ung i Oslo 2015 (Andersen og Bakken 2015).

4.4 Fysisk aktivitet og inaktivitet

Fysisk aktivitet er et vidt begrep som omfatter for eksempel lek, friluftsliv, idrett, mosjon, trening, trim, kroppsøving og fysisk arbeid. Alle aktiviteter som innebærer at man beveger seg i hverdagen og bruker kroppen, er fysisk aktivitet.

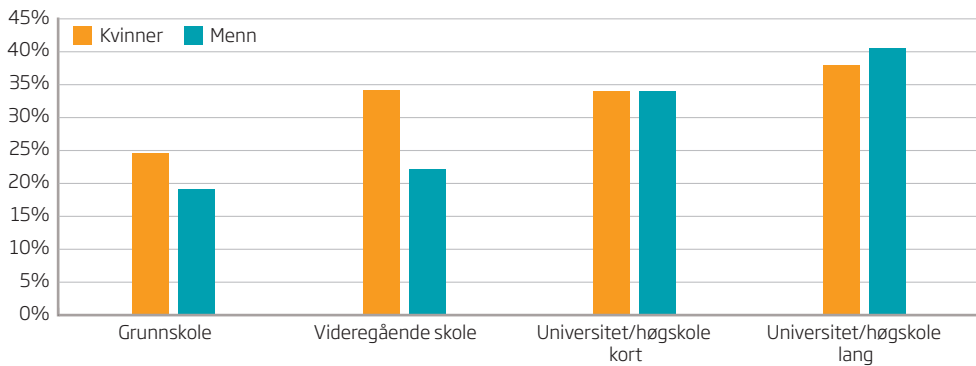
Indikatorer på fysisk aktivitet og inaktivitet:

- Andelen som oppfyller de nasjonale anbefalinger om daglig fysisk aktivitet i befolkningen, etter kjønn og alder
- Andelen som oppfyller de nasjonale anbefalinger om daglig fysisk aktivitet i befolkningen, etter utdanningsnivå
- Gjennomsnittlig antall timer med daglig stillesitting, etter kjønn
- Selvrapportert fysisk aktivitet (aktive mer enn 60 minutter per dag) blant 6., 8. og 10.klassinger etter sosioøkonomisk status

Regelmessig fysisk aktivitet er viktig for normal vekst og utvikling og har en forebyggende effekt mot en rekke sykdommer. Helsefremmende 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.

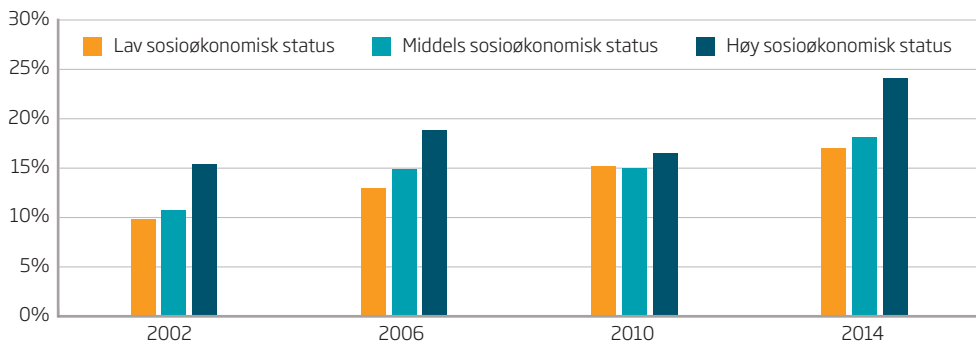
Anbefalingene for barn og unge er minst 60 minutters daglig variert fysisk aktivitet. Voksne og eldre bør være fysisk aktive med minimum 150 minutter moderat intensitet eller 75 minutter høy intensitet per uke. Det er et nasjonalt mål å øke andelen som kjenner til og oppfyller anbefalingene om fysisk aktivitet. NCD-målet er 10 % reduksjon i fysisk inaktivitet fra 2012 til 2025.

Objektive målinger av fysisk aktivitet fra 2014/2015 viser at en tredjedel av alle voksne kvinner og menn oppfyller nasjonale anbefaling om fysisk aktivitet. Kvinner er mer aktive enn menn i alle aldersgrupper. 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 4-5).



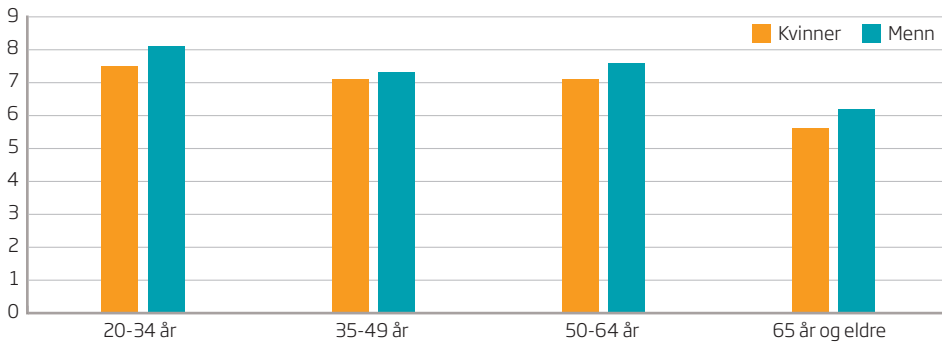
Figur 4-5 Andelen som oppfyller de nasjonale anbefalinger om daglig fysisk aktivitet (min. 150 minutter moderat intensitet eller 75 minutter med høy intensitet per uke) i befolkningen etter utdanning, 2014/15. Kilde: Helsedirektoratet 2015

Blant de aller yngste (6., 8. og 10.klasse) har det i perioden 2002 til 2014 vært en økning i andelen som sier at de er fysisk aktive mer enn 60 minutter hver dag. Likevel var det i 2014 en høyere andel i gruppen med høy sosioøkonomisk status enn blant elever med middels og lav sosioøkonomisk status.



Figur 4-6 Selvrappertert fysisk aktivitet (aktive mer enn 60 minutter per dag) blant 6., 8. og 10. klassinger etter sosioøkonomisk status, i perioden 2002-2014. Kilde: Hemil-senteret 2014

Helsedirektoratet har anbefalinger om at barn, unge, boksne og eldre bør sitte mindre i hverdagen. Litt muskelarbeid øker energiforbruket gir positive effekter på blant annet blodsukkerregulering og blodfettprofil. I figur 4-7 viser selvrapperterte data at voksne sitter stille fra 6 til 8 timer daglig, og at de yngste voksne sitter mer i løpet av hverdagen enn eldre. Menn sitter i alle aldersgrupper noe lengre enn kvinner.



Figur 4-7 Gjennomsnittlig antall timer med daglig stillesitting, basert på selvrapporterte data. Etter kjønn og aldersgrupper. 2014/2015. Kilde: Helsedirektoratet 2015

Aktiv transport i hverdagen er en viktig kilde til daglig fysisk aktivitet. En gjennomsnittlig sykkelreise og en gjennomsnittlig gåreise er på henholdsvis 5 km og 2,2 km, viser den nasjonale reisevaneundersøkelsen 2013/2014 (Transportøkonomisk institutt 2014). Videre viser den at andelen sykkelreiser av alle reiser har holdt seg mer eller mindre stabil både siste fire år. Det samme gjelder for siste tiårsperiode. Sykkelandelen var 4,5 prosent.

Alle kollektivreiser starter og slutter med en gåtur. Omfanget av kollektivtransport er derfor relevant også her. Bruken av kollektivtransport har økt fra 2009 til 2013/2014, viser siste nasjonal reisevaneundersøkelse. Det er først og fremst på reiser over fire kilometer, på reiser til/fra skole og i hverdagen at kollektivtransport blir benyttet. Unge og kvinner reiser mest kollektivt.

4.5 Kosthold

Kostholdet har endret seg betydelig de siste tretti årene. Vi spiser mindre transfett og 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 bare omtrent halvparten av anbefalt inntak. De med høyere utdanning spiser oftere grønnsaker og frukt og drikker sjeldnere sukkerholdig drikke enn de med lavere utdanning. Den gunstige utviklingen i kostens fettinnhold har stoppet de siste ti årene. Inntaket av mettet fett har økt noe i senere år og det 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 industribearbeidede matvarer vil reduksjon i tilsetningen av salt gi helsegevinster i de fleste lag av befolkningen.

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

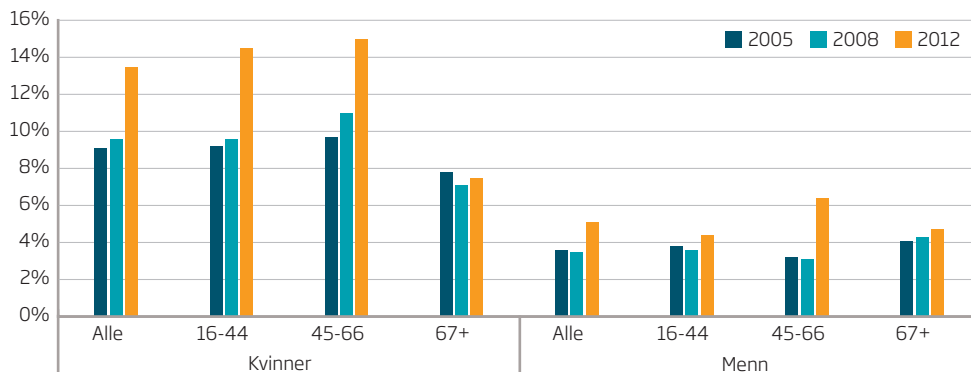
Indikatorer på kosthold:

- Andelen som oppfyller nasjonale anbefalinger om kosthold (spiser minst to frukt og to grønnsaker om dagen). Etter kjønn, alder og utdanningsnivå
- Kjennskap til de nasjonale kostholdanbefalingene etter kjønn og alder
- Andelen elever på 6., 8. og 10.trinn som spiser henholdsvis grønnsaker og frukt minst fem ganger i uken. 2002-2014 etter sosioøkonomisk status

Helsedirektoratets kostråd bygger på en gjennomgang av den vitenskapelige litteraturen om sammenhengen mellom kosthold, fysisk aktivitet og helse og revideres jevnlig. Anbefalingene tar utgangspunkt i dagens kosthold og aktivitetsnivå i de nordiske land. Det er et nasjonalt mål å øke andelen som kjenner til og oppfyller de gjeldende kostholdanbefalingene.

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.
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.

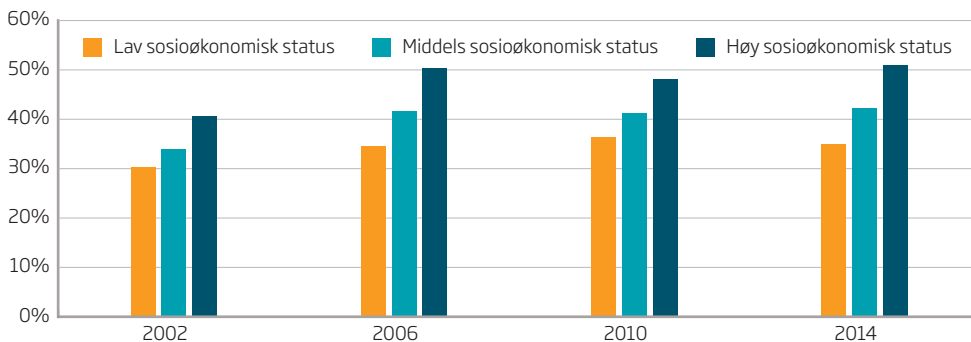


Figur 4-8 Andelen som spiser minst to frukt og to grønnsaker om dagen, etter kjønn og alder.

Kilde: SSB 2012

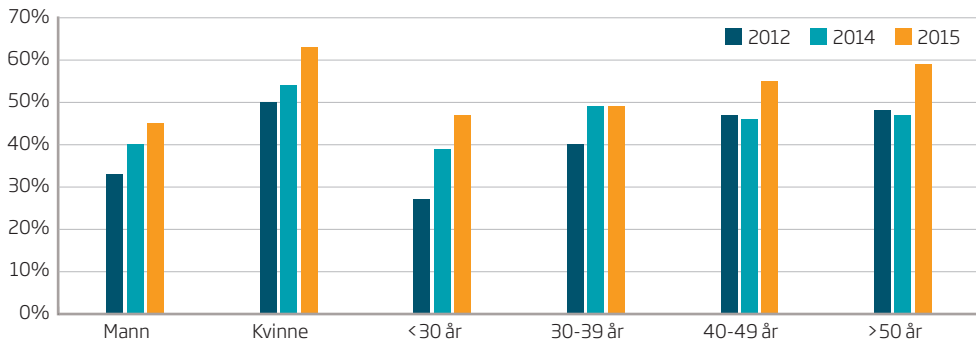
Andelen som oppfyller kostrådene er lav. Andelen som spiser minst to frukt og to grønnsaker hver dag i 2015 var 5 prosent for menn og 13 prosent for kvinner.

Andelen yngre (6.kl., 8 kl. og 10. kl.) som oppgir at de spiser grønnsaker og frukt minst fem ganger i uken har økt noe, men det har de siste ti årene vært en stabil sosial forskjell i inntak av frukt og grønt, hvor andelen i 2012 var 51 prosent blant de med høyere sosioøkonomisk status, mens den var 35 prosent blant de med laveste sosiale status (figur 4-9).



Figur 4-9 Andelen elever på 6., 8. og 10.trinn som spiser henholdsvis grønnsaker og frukt minst fem ganger i uken, 2002-2014, etter sosioøkonomisk status. Kilde: Hemil-senteret 2014, UiB

Kjennskapen til de nasjonale kostholdsbefalingene har økt i løpet av de siste årene. I 2015 rapporterte 45 prosent av alle menn og 63 prosent av alle kvinner at de kjenner til de nasjonale kostholdsbefalingene litt/ganske/svært godt (figur 4-10).



Figur 4-10 Selvrapportert kjennskap til de nasjonale kostholdsbefalingene etter kjønn og alder. 2013-2015. Kilde: Norstat

4.6 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. Samtidig er det slik at store deler av skadeomfanget, og det som påfører samfunnet de største kostnadene, er knyttet til et relativt moderat/lavt forbruk av alkohol hos flertallet i befolkningen. De totale innsparingene ved redusert alkoholforbruk er størst i gruppen med moderat forbruk og mindre blant personer med et høyt og mer problematisk forbruk.

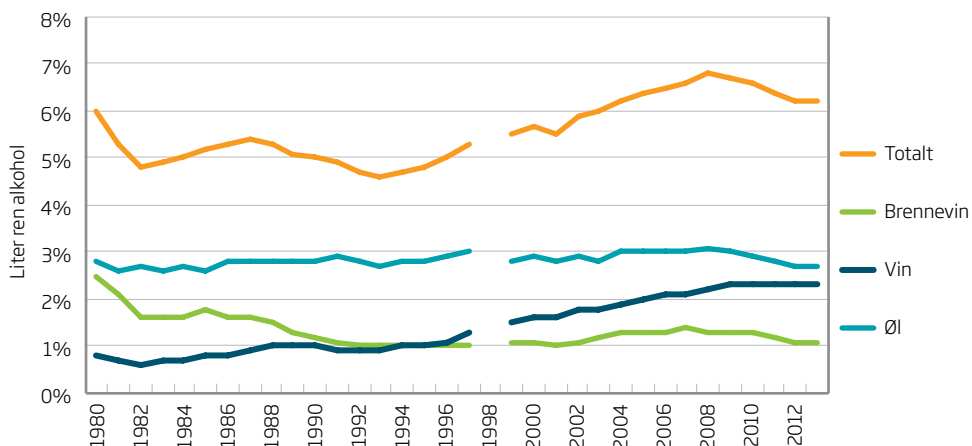
Det nasjonale målet er å bremse økningen i alkoholforbruket i befolkningen og å øke befolkningens kunnskap om sammenhengen mellom alkohol og helse. Det er et globalt NCD-mål å redusere skadelig alkoholbruk med 10 prosent innen 2025.

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
- Andelen jenter og gutter på 6., 8. og 10. trinn som har vært full fire ganger eller mer, etter sosioøkonomisk status

4.6.1 Omsetning av alkohol i Norge

Hvor mye alkohol som omsettes gir oss et bilde av det gjennomsnittlige alkoholforbruket i samfunnet. Figur 4-11 viser årlig omsetning av alkohol per innbygger 15 år og eldre målt i liter ren alkohol, fordelt på øl, vin, brennevin og frukttdrikk (alkoholholdig cider og «rusbrus»), fra 1980 fram til og med 2014.



Figur 4-11 Årlig omsetning av alkohol per innbygger 15 år og eldre (liter ren alkohol, registrert omsetning) 1980-2014. Kilde: SSB

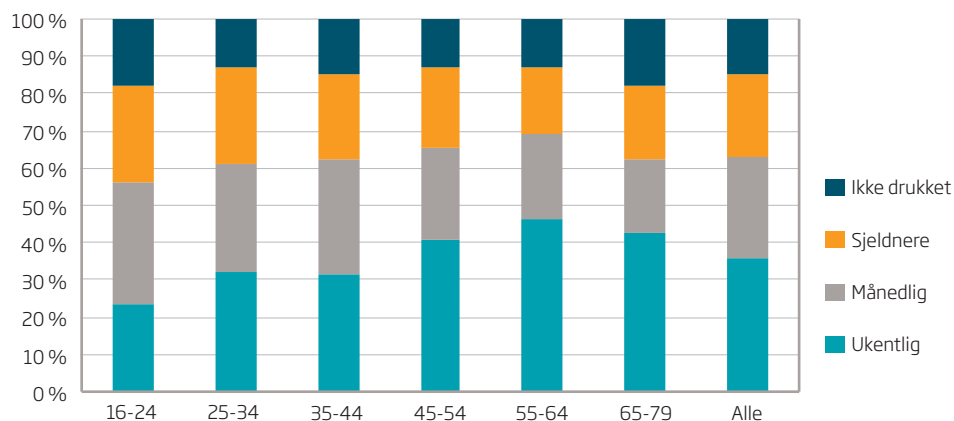
Totalomsetningen av alkohol per innbygger 15 år og eldre var relativt stabil fram til midten av 1990-tallet, mens det var en kraftig økning fram til 2008. Omsetningen økte fra 4,55 liter til 6,75 liter per innbygger i perioden 1993 til 2008 – en økning på hele 48 prosent. Dette kan langt på vei tilskrives økningen i omsetningen av vin, og særlig introduksjonene av papp-vinen (SIRIUS 2014). Etter 2008 har omsetningen sunket noe igjen fra 6,75 til 6,06 liter ren alkohol per innbygger 15 år+. Dette skyldes en liten nedgang i omsetningen av brennevin og øl.

I tillegg til omsetning fra 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 den reelle omsetningen.

4.6.2 Drikkefrekvens og drikkemønster

For å få et helhetlig bilde av drikkemønster er det nødvendig med informasjon om både drikkefrekvens og beruselsesfrekvens. SIRUS har i samarbeid med Statistisk sentralbyrå siden 2012 gjennomført en årlig befolkningsundersøkelse om bruk av rusmidler og tobakk.

Figur 4-12 viser at det å drikke ukentlig er mer utbredt i de eldre enn i de yngre aldersgruppene. Gruppen der flest oppgir å ha drukket ukentlig, er aldersgruppen 55-64 år, mot færrest blant de mellom 16 til 24 år.



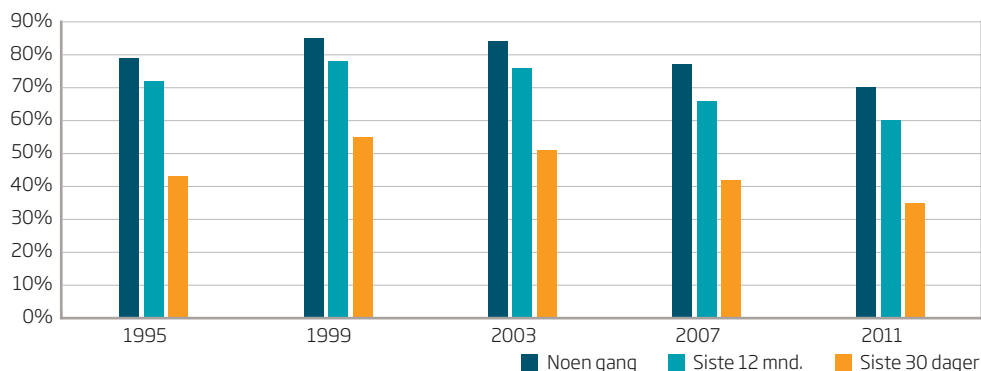
Figur 4-12 Drikkefrekvens siste 12 måneder i ulike aldersgrupper, 2014. Kilde: SIRUS

Ser man på egenrapportering av beruselse målt som hvor ofte respondentene har drukket så mye at de har følt seg tydelig beruset, og hvor ofte de har du drukket seks alkoholenheter eller fler ved en og samme anledning i løpet av siste 12 måneder, viser tallene det samme mønsteret. Det å drikke mye ved samme anledning er mer vanlig i de yngste aldersgruppene enn i de eldste.

Ungdommers 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 i 1995, 1997, 2003, 2007 og 2011 blant 15-16 åringer. Det gjennomføres en ny undersøkelse i 2015.

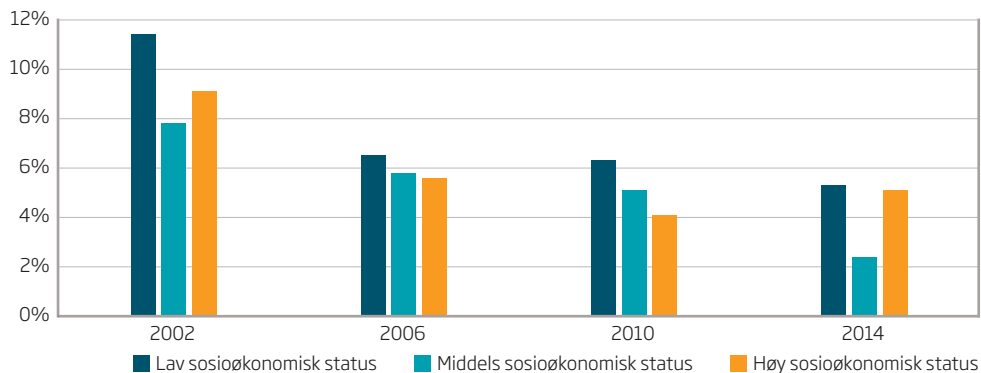
Tallene for norske ungdom (se figur 4-13) viser et klart flertall av 15-16 åringene som oppgir å ha drukket alkohol noen gang i alle fem undersøkelses-årene. Tallen viser midlertid ikke hvor mye de har drukket. Ser vi på andelen som oppgir å ha drukket i løpet av de siste 30 dagene, er denne klart lavere enn andelen som oppgir å ha drukket noen gang og i løpet av siste 12 måneder.



Figur 4-13 Andel 15-16 åringer som har drukket alkohol noen gang, siste 12 mnd og siste 30 dager 1995 - 2011. Kilde: SIRUS

Det er jevnt over liten eller ingen forskjell mellom gutter og jenter når det gjelder andel som har drukket. 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 nedgang fram mot 2011. Dette gjelder for alle kategoriene av drikkefrekvens (SIRUS 2014).

Tall fra undersøkelsen Helsevaner bland ungdom (HEVAS) gir informasjon om alkoholbruk blant ungdom knyttet til sosioøkonomisk status (sammensatt indikator). Tallene viser en synkende trend i ungdommens drikkemønster. Andelen av 6, 8 og 10 klassinger som oppga at de hadde vært fulle fire ganger eller mer i 2002 var på 8,8 prosent, i 2014 hadde dette tallet sunket til 3,3 prosent. Man ser den samme nedgangen for de med lav og middels sosioøkonomiske status, men for gruppen med høy status har andelen gått noe opp fra 2010 til 2014.



Figur 4-14 Andelen jenter og gutter på 6., 8. og 10. trinn som har vært full fire ganger eller mer, etter sosioøkonomisk status, 2002-2014. Kilde: Hemil-senteret, UiB

4.7 Tilrettelegging for sunne valg

Innsatsen for å påvirke befolkningens helse relaterte 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 de sunne valgene enkle.

Indikatorer for tilrettelegging av sunne valg:

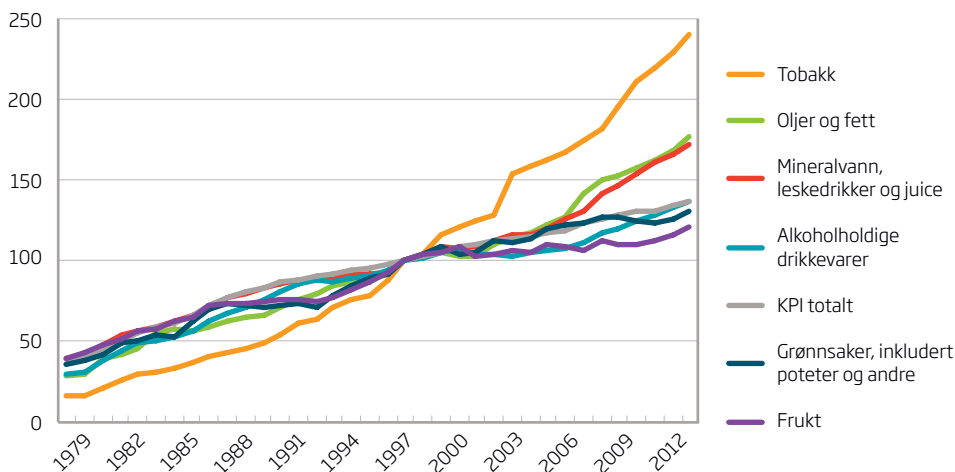
- Utvikling i konsumprisindeks på alkohol, tobakk, mat og drikke
- Indeks for forholdet mellom nominell prisindeks for ulike drikkesorter og indeks for lønn per normalårsverk
- Omfanget og innholdet i brudd på reklameforbudet på alkohol og tobakksområdet
- Vurdering av samarbeidet med matvarebransjen
- Antall nøkkelhullmerkede matvarer

4.7.1 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.

Det er et mål å opprettholde prisnivået på alkohol og tobakk.

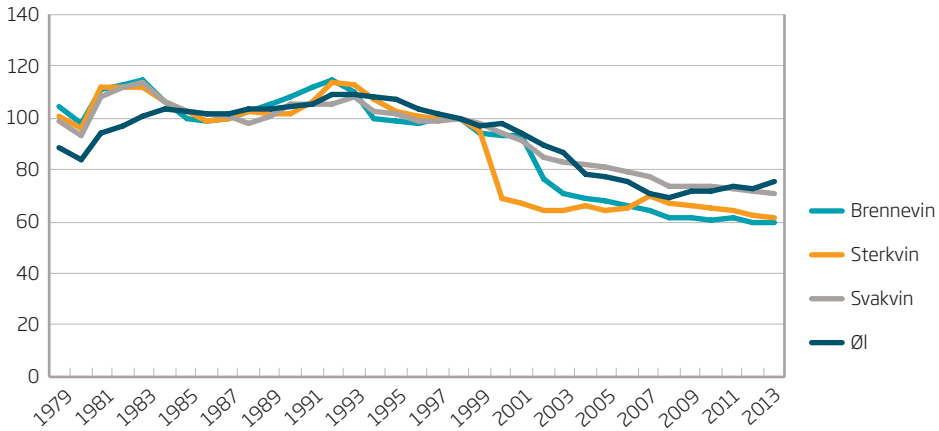
I løpet av de siste 20 årene viser utviklingen at konsumprisindeksen for tobakksvarer har steget vesentlig mer enn konsumprisindeksen totalt. I løpet av de siste 10 årene har konsumprisindeksen for oljer/fett og mineralvann/leskedrikker/juice også steget mer. For alkoholholdige drikkevarer, frukt og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



Figur 4-15 Utvikling i konsumprisindeks på alkohol, tobakk, mat og drikke, målt i kroner (1998=100), 1994-2014. 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. For å måle utvikling av pris på alkohol over tid, beregner Statistisk sentralbyrå og AS Vinmonopolet nominelle indekser basert på utsalgsprisene på ulike typer alkohol. Det er tatt utgangspunkt i prisene for 1998 justert for konsumprisindeks slik at figur 4-15 viser utvikling i realpriser på alkoholdrikker.

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 4-16. 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).

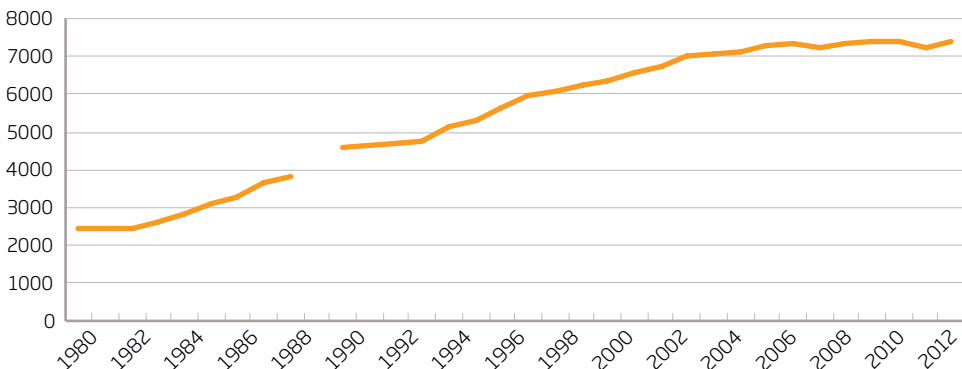


Figur 4-16 Indeks for forholdet mellom nominell prisindeks for ulike drikkesorter og indeks for lønn per normalårsverk fra Nasjonalregnskapet 1979-2013 (1998=100). Kilde: SIRUS 2014

4.7.2 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 skjeknebevillinger på tog, fly, skip og Forsvarets befalsmesser der det gis statlige bevillinger).

I perioden fra 1980 og fram til 2012 har det totale antallet skjenkesteder med kommunal bevilling omtrent tredoblet seg, fra 2493 i 1980 til noe under 7 399 i 2013 (figur 4-17).



Figur 4-17 Antall skjenkesteder (unntatt steder med statlig skjenkebevilling) 1980-2013. Kilde: SIRUS. Pga. av endring i spørsmålsstillingen i 2008, fra å spørre etter antall skjenkesteder til antall skjenkebevillinger, er ikke tallene fra tidligere år direkte sammenliknbare.

Antallet kommuner uten skjenkesteder for alkohol har sunket fra 11 i 1980 til 5 i 2013. Ellers ser det ut til at antall skjenkesteder har stabilisert seg i perioden fram mot 2012.

Tallene viser en endring i hva slags skjenkebevilgninger som gis. Tidligere var 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 86 prosent av bevillingene anledning til å servere drikk i alkoholgruppe 3. Dette indikerer en liberalisering av bevillingspraksisen.

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, på grunn av strukturendringer i handelsnæringen, 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 2013 har antallet Vinmonopolutsalg økt fra 120 til 288 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 slags- og skjenkebevillingene de har utstedt (Jf. Alkoholloven § 1-9). Hvert sted skal kontrolleres minst en gang 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 SIRUS, 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, men antallet er økende. I 2013 ble det fra 108 kommuner rapportert 491 overtredelser på salgsbevillinger, mens 161 kommuner rapporterte 1131 overtredelsen på skjenkebevillinger.

Hvorvidt det reageres på en overtredelse (brudd på alkoholloven), er langt på vei avhengig av kommunens vurdering av alvorlighetsgrad. I 2013 var det 11 kommuner som rapporterte om til sammen 17 inndragelser av salgsbevillinger, og 47 kommuner som rapporterte om til sammen 115 inndragelser av skjenkebevillinger.

4.8 Samarbeid med matvarebransjen

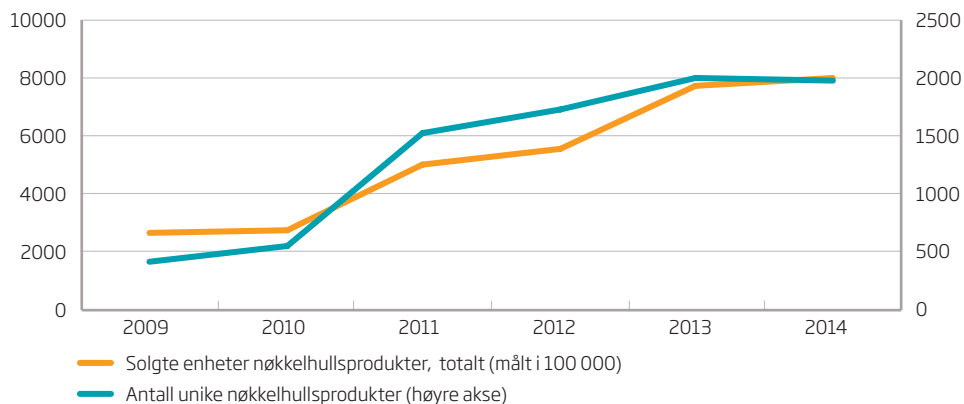
Formålet med samarbeidet mellom helsemyndighetene og matvarebransjen er å legge til rette for at forbrukeren har lettere tilgang til sunne matvarer, samtidig som at matvarebransjens kommersielle interesser ivaretas. Et samarbeidsområde er merkeordningen for nøkkelhullmerkede produkter som har til hensikt å hjelpe forbrukeren til å velge et sunnere alternativ i innkjøps-situasjonen. Et annet samarbeid er å utvikle saltpartnerskapet med matvarebransjen der målet er å redusere saltinnholdet i ulike matvarer. Et tredje felt er Matbransjens Faglige Utvalg (MFU) som er opprettet i samråd med myndighetene og som er et organ for bransjen sin selvregulering av markedsføring av usunn mat og drikke til barn og unge. Helsedirektoratet er myndighetenes representant i MFU.

4.8.1 Nøkkelhullet

Helsedirektoratet har løpende dialog med matvarebransjen omkring nøkkelhullmerkeordningen. Fra bransjens side ønskes det at helsemyndighetene løfter merket frem i befolkningen slik at ordningen gjøres kjent. Omfanget av dialogen varierer med behov. I forbindelse med innføring av nytt regelverk for ordningen i 2015, har myndighetene hatt en hyppigere dialog med bransjen. En god dialog med matvarebransjen er nødvendig og viktig for utviklingen og bruken av ordningen.

Det totale antall nøkkeltallsprodukter har de siste to årene ligget rundt 2.000 ulike varer. Av disse ble det i 2014 solgt mer enn 800 millioner enheter med nøkkelhullmerket. Innenfor de ulike produktene har det vært en nedgang i

antallet kjøtt- og fiskeprodukter (13 prosent), mens det har vært en stor økning i antall kornprodukter og oljer (økt med henholdsvis 33 prosent og 15 prosent).



Figur 4-18 Nøkkelhullmerkede produkter, antall og solgte enheter i 100 000 i dagligvarehandelen 2009-2014. Kilde: Nielsen/Helsedirektoratet

4.8.2 Saltpartnerskap

Nordmenn spiser dobbelt så mye salt som anbefalt og mesteparten av saltinntaket kommer fra industribearbeidede 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 formaliseres. Mange relevante aktører fra matvare- og serveringsbransjer, forsknings- og interesse miljøer samt myndigheter deltar i partnerskapet. Arbeidet har startet og organiseringen av saltpartnerskapet er etablert. 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, produktutvikling/forskning, bedre merking og informasjon til forbrukere, vil være andre sentrale oppgaver for saltpartnerskapet.

4.8.3 Markedsføring av usunn mat og drikke

Matbransjens faglige utvalg (MFU) er bransjens egen ordning med retningslinjer og en utdypende veiledning som sammen med en produktliste angir det omfanget som ordningen med MFU 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 16 vedtak (per mai, 2015). I tillegg har utvalget forhåndsvurdert flere markedsføringsplaner fra aktører i bransjen. MFU har en egen nettside hvor vedtak og årsregnskap er tilgjengelig (www.mfu.as). Det avholdes møter mellom Helsemyndighetene og MFU ca. to ganger i året. MFU ordningen er planlagt evaluert i 2016.

4.9 Rusforebygging i arbeidslivet

Alkoholkonsumet i Norge er økende (Østhus et al. i Skretting og Storvoll 2011), også den arbeidsrelaterte alkoholbruken. Det er imidlertid ikke vanlig å drikke i arbeidstiden i Norge, men alkoholkonsumet øker i sosiale sammenhenger i tilknytning til arbeid, i såkalte «gråsoner» mellom arbeidsliv og fritid – som fredagspils, seminarer eller lignende (Frøyland 2005, Porsfelt 2007). En befolkningsundersøkelse fra 2001 konkluderte med at 43 prosent av alkoholkonsumet forekom i arbeidsrelaterte situasjoner (Lie og Nesvåg 2001).

Forskning antyder at alkoholkonsum koster mye for både arbeidslivet og samfunnet i form av blant annet sykefravær, nedsatt yteevne og tapt produktivitet, skader, ulykker og arbeidsmiljøbelastninger (Gjelsvik 2004, Frøyland 2013, Moan 2014). I følge Moan et al (2014) fører alkoholbruk til langtids sykefravær, og utgjør et betydelig bidrag til korttidsfraværet i norsk arbeidsliv (Schou, Storvoll & Moan, 2014).

Det pågår flere forskningsprosjekter som kan gi grunnlag for å utvikle indikatorer på dette område. De mest sentrale omtales kort her

Alkohol og arbeidsliv - Nullpunkts-/befolkningsundersøkelse

I regi av SIRUS. Den siste befolkningsundersøkelsen der hensikten var å kartlegge rusmiddelbruk i norsk arbeidsliv ble gjennomført i 2001 (Lie og Nesvåg 2001). Helsedirektoratet ser behovet for en oppdatering av dataene, og har gitt SIRUS oppdrag om å gjennomføre en ny befolkningsundersøkelse om alkohol og arbeidsliv i 2015, for deretter å følge utviklingen med gjentatte undersøkelser over en fireårsperiode – med siste måling i 2018. I tillegg til en kvantitativ befolkningsundersøkelse, vil det foretas kvalitative dybdeintervjuer med ansatte og ledere for kartlegge drikkekultur i arbeidslivet. Følgende problemstillinger vil bli belyst i prosjektet:

- 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.

Workplace-based interventions preventing risky alcohol use and sick leave (WIRUS)

WIRUS-prosjektet finansieres av Helsedirektoratet og skal prøve ut rusmiddel-forebyggende tiltak i arbeidslivet – Riskbruksmodellen som benytter motiverende intervju, og e-Helseprogrammet Balance – for å redusere risikofyllt alkoholkonsum på norske arbeidsplasser. Begge tiltakene bygger på «brief intervention», som har dokumentert god effekt på alkoholkonsum internasjonalt. Prosjektet er organisert som et eksperiment, der en randomisert kontrollert studie følges av en prosessevaluering. Det tas sikte på å prøve å inkludere 10 000 arbeidstakere i utprøvingen. Universitetet i Stavanger er ansvarlig for forskningsprosjektet. Kompetansesenter rus Vest Stavanger står ansvarlig for å rekruttere bedrifter og lære opp bedriftshelsepersonell i Riskbruksmodellen, i samarbeid med bedriftshelsetjenesten STAMINA. Prosjektet er 3-årig og vil avsluttes i 2016. Det vil bidra til betydelig ny kunnskap om effekt av tiltak, implementeringsprosessen og betydning av tiltak for sykefravær.

5. Oppvekst

Barnehagedekningen i Norge er høy. Andelen minoritetsspråklige barn er noe lavere, særlig blant de yngste, men økende. Andelen ansatte med barnehageutdanning har økt de siste årene og er nå nesten 40 prosent. Antall ansatte per barn har også økt, men 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 nedsatt trivsel og mobbing. Det kan se ut som om forekomsten av mobbing har gått noe ned fra 2012. Skoleprestasjoner henger sammen med foreldrenes utdanningsnivå og dette mønsteret er rimelig stabilt. Skoleprestasjoner i grunnskolen er en sterk prediktor for frafall i videregående opplæring. 38 prosent av elevene som startet videregående opplæring i 2007 fullførte ikke innen fem til seks år.

Rundt 8 prosent av norske elever hadde vedtak om spesialundervisning i 2014, færre enn i 2012. Rundt 9 prosent i videregående opplæring utgjorde målgruppa for den fylkeskommunale oppfølgingstjenesten. Guttene dominerer blant de som får denne type oppfølging.

Flere barn og familier mottar bistand fra barnevernet. Det er flest barn i aldersgruppen 6 - 12 år som mottar barnevernstiltak. Fra 2010 til 2014 har det vært en nedgang i registrert kriminalitet blant barn og unge 10-22 år.

5.1 Oppvekst og helse

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 levekårsforhold varierer med utdanning; materiell levestandard, arbeidsforhold, livsstil og psykologiske belastninger (Elstad 2008)

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, opplevelse av mestring og troen på egne evner til å gjennomføre en utdanning. Gode barnehager kan kompensere for mangelfull stimulering i hjemmet (Folkehelseinsittuttet 2012). Barnehagens og skolens miljø påvirker barnas livskvalitet og bør derfor utformes slik at de fremmer utfoldelse, mestring og deltagelse.

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 levekårs- og helseproblemer og svekket utdannings- og arbeidsmarkedstilknytning. Det er en sterk sammenheng mellom selvrapportert helse, frafall og risiko for å motta stønad (Dahl m.fl. 2014).

Noen barn trenger spesiell oppmerksomhet og særskilt oppfølging. Dette kan gjelde både i barnehagen, skolen, i hjemmet eller på fritiden. Spesialpedagogisk tjeneste, helsestasjon og skolehelsetjenesten er tilbud knyttet til 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 slike forhold er barnevernet avhengig av at andre offentlige instanser oppdager og melder fra om barn som har behov for hjelp.

Majoriteten av barn og unge som blir anmeldt for et lovbrudd, gjør dette bare en gang. 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 2015). 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 lovbryttere tett oppfølging og nødvendig støtte til å mestre utfordringer og derved 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 i samarbeid og forståelse med hjemmet ivareta barnas behov for omsorg og lek, og fremme læring og danning som grunnlag for allsidig utvikling.

For å få vite noe om situasjonen for barn i barnehagen i Norge er det valgt ut tre områder med indikatorer som har betydningen for barnas helse. Disse er barnehagedekning og kvalitet i barnehagen. Indikatorene er:

- Dekningsgrad i barnehagen i ulike aldersgrupper
- Andel barnehageansatte med pedagogisk utdanning
- Antall barn pr ansatt etter barnehageeier

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. Deltagelse i barnehage er særlig viktig for barn med svake norskferdigheter. Mulighet til å gå i barnehage er viktig fordi barnehagen har en forebyggende og helsefremmende funksjon og kan bidra til å utjevne sosiale forskjeller.

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). 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).

Gratis kjernetid i barnehage

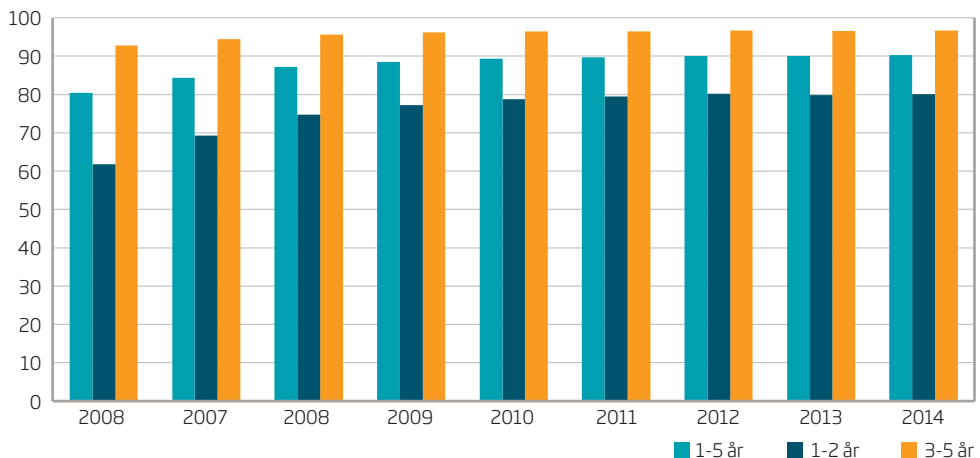
Gratis kjernetid i barnehage har vært et tilbud i utvalgte kommuner/bydeler. Dette er et tilbud om å få være i barnehagen i kjernetiden uten foreldrebetaling. Hensikten med gratis kjernetid er å forberede barna på skolestart, å bidra til sosialiseringen generelt og å bedre norsk-kunnskapene for barn 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 skoler resultatene 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 innføres gratis kjernetid i barnehage for 4- og 5-åringer i familier med lav inntekt som en nasjonal ordning fra 1. august 2015.

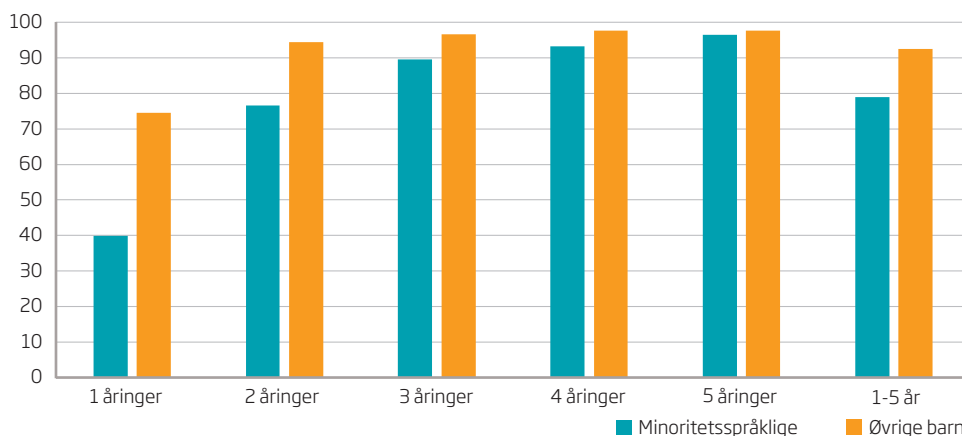
5.2.1 Dekningsgrad i barnehage for ulike aldersgrupper



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

Denne indikatoren beregnes årlig på bakgrunn av tall fra barnehagenes årsmeldinger (BASIL) og befolkningstall fra SSB. For aldersgruppa 1-5 år var dekningsgraden i 2014 på 90,2 prosent. Dette er en økning på 10 prosentpoeng fra 2008. Økningen har vært størst blant 1-2 åringene. Her har andelen barn i barnehage økt fra 61,8 prosent i 2008 til 80,1 prosent i 2014.

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



Figur 5-2. Dekningsgrad i barnehagen for minoritetsspråklige- og øvrige barn, 2014. Prosent. Kilde: SSB

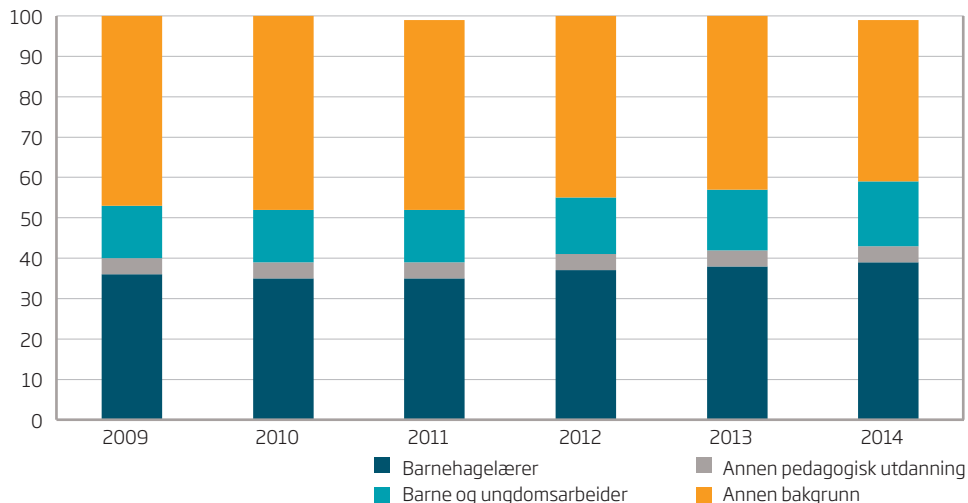
5.2.2 Pedagogisk kompetanse blant barnehageansatte

De ansatte og deres kompetanse er en av de viktigste kvalitetsfaktorene i barnehagen. Dette har en klar sammenheng med den omsorg, lek og læring som foregår i barnehagene hver dag.

Indikator om andel barnehageansatte med pedagogisk utdanning beregnes årlig på bakgrunn av tall fra barnehagenes årsmeldinger (BASIL). Tallet viser andelen ansatte i barnehagen som har barnehagelærerutdanning eller annen pedagogisk utdanning (min 3 år) i prosent av styrere og grunnbemanning (pedagogiske ledere og ordinære assistenter). Andelen beregnes utfra antall ansatte i barnehagen og ikke hvor mange årsverk de utgjør.

Andel ansatte med barnehagelærerutdanning har økt fra 36 prosent i 2009 til 39 prosent i 2014. I samme periode har andelen ansatte med barne- og

ungdomsarbeiderfag økt fra 13 til 16 prosent. Økningen i ansatte med relevant utdanning har kommet samtidig med en generell økning i antall ansatte i barnehagene.

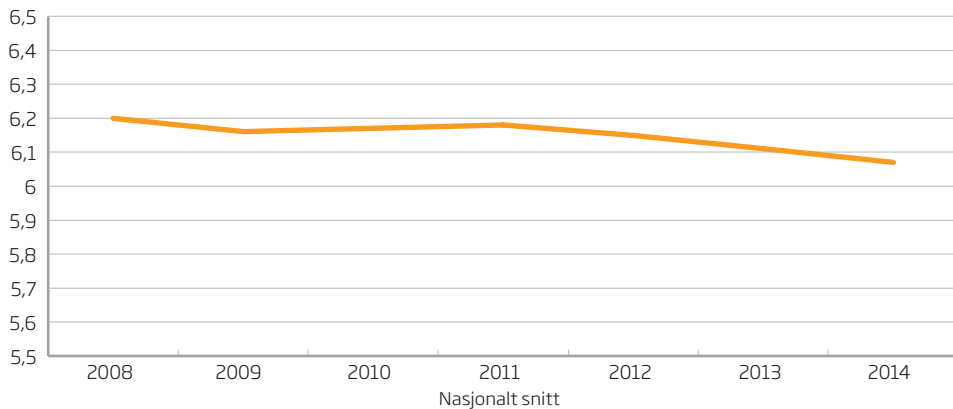


Figur 5-3. Utdanningsbakgrunnen til de ansatte i barnehagen. 2009-2014. Prosent. Kilde: Basil/Utdanningsdirektoratet.

5.2.3 Personaltetthet

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 voksenteiteten har økt svakt i perioden 2008-2014. For å kunne sammenligne barnehager med ulik sammensetning av barn, justerer vi for alder og oppholdstid. Barn under to år er vektet dobbelt.

De kommunale barnehagene har litt færre barn per ansatt enn de private barnehagene. Det nasjonale snittet har ligget mellom 6,3 og 6,0 barn pr ansatt fra 2008 og frem til i dag.



Figur 5-4 Antall barn (korrigert for alder og oppholdstid) per årsverk i grunnbemanningen 2008-2014.
Kilde: Basil/Utdanningsdirektoratet.

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. Følgende indikatorer er valgt på dette området:

- Andel elever som trives godt eller svært godt
- Andel elever som har opplevd mobbing 2-3 ganger eller flere i måneden
- Andel elever som opplever støtte fra de fleste eller alle lærerne
- Gjennomsnittlige grunnskolepoeng etter kjønn og foreldres utdanningsnivå
- Andel elever /lærlinger pr kull som etter fem år har sluttet underveis eller som ikke har bestått Vg3 eller fagprøve
- Andel i befolkningen som har grunnskoleutdanning som høyeste utdanningsnivå

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

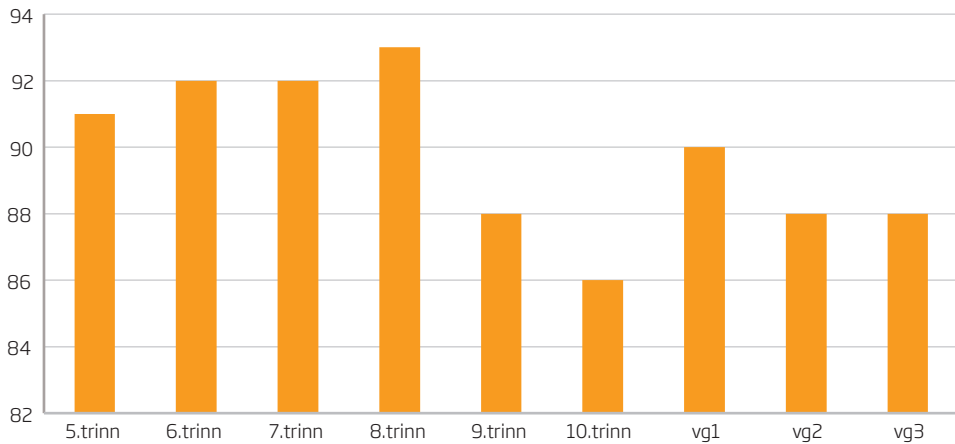
Alle elever skal tilegne seg grunnleggende ferdigheter og oppleve mestring og utfordring i skolen. Å oppleve tilhørighet og mestring på skolen er av stor betydning for trivsel og faglig fungering. Mobbing er blant de sterkeste risikofaktorene for utvikling av psykiske plager blant barn og unge. Det finnes 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. Elevundersøkelsen gir ikke svar på individnivå, og man kan ikke vite hvem som rapporterer om krenkelser, mobbing og diskriminering. Man kan derfor ikke si noe om hva f.eks. elever med innvandrerbakgrunn rapporterer sammenlignet med andre elever (NOU 2015: 2).

Trivsel

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.

Indikator:

- Andel elever som trives godt eller svært godt



Figur 5-5 Prosentandel elever som trives godt eller svært godt, fordelt på trinn. 2014-15.

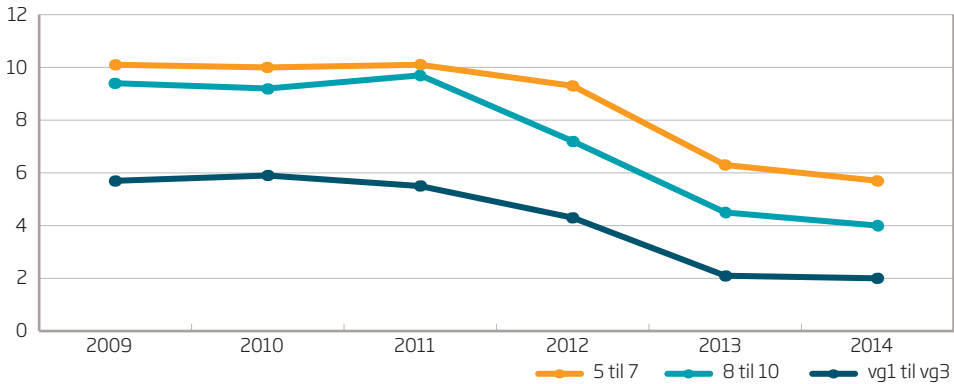
Kilde: Elevundersøkelsen/Utdanningsdirektoratet.

Figur 5-5 viser at ni av ti elever fra 5. trinn til Vg3 trives godt eller svært godt på skolen. Andelen elever som trives, er minst på 9. og 10. trinn. I underkant av 8 prosent av elevene trives litt, mens knapt 3 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.

Mobbing

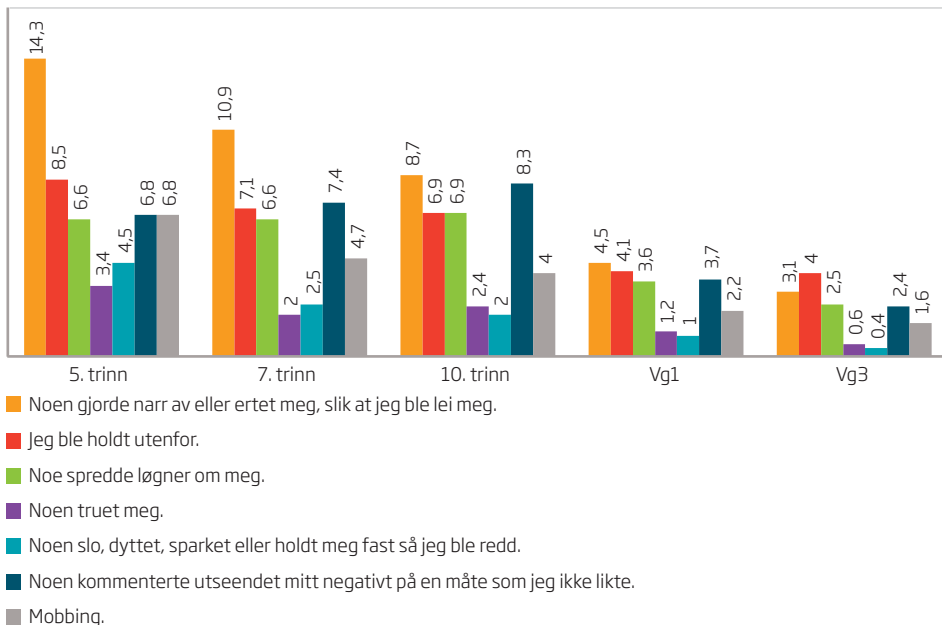
Å bli utsatt for erting, trusler eller vold fra medelever hindrer læring og har en langvarig negativ påvirkning på helsen og velværet til elevene (Arsenault m.fl. 2010; Coggan m.fl. 2003; Nakamoto og Schwartz 2010). Det er et nasjonalt mål at samfunnet skal ha en nullvisjon om og nulltoleranse for krenkelser, mobbing, trakassering og diskriminering. Skolen skal aktivt og systematisk arbeide for et godt psykososialt miljø, hvor hver enkelt elev kan oppleve trygghet og sosial tilhørighet (§ 9a-3). Elevenes psykososiale miljø dreier seg om hvordan ansatte og elever oppfører seg mot hverandre på skolen. Ingen skal bli sjikanert gjennom krenkende ord og handlinger. 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 *gjentatt negativ eller «ondsinnnet» atferd fra en eller flere rettet mot en elev som har vanskelig for å forsvare seg. Gjentatt erting på en ubehagelig og sårende måte er også mobbing.*



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.

Figuren viser at andelen av elever som opplever mobbing har vært stabil fra 2009-2012. Deretter skjer en betydelig reduksjon i 2013 til 4,3 prosent og til 3,9 prosent i 2014. Dette kan skyldes en reell nedgang i mobbingen, eller det kan komme av endringer som ble gjort i Elevundersøkelsen i 2013. Med revisjonen i 2013, ønsket en å få et enda bedre kunnskapsgrunnlag om elevene som mobbes og plages i norsk skole, med tanke på enda bedre oppfølging. Elevene har siden 2013 også gitt svar på hvor ofte de utsettes for seks ulike typer krenkelser.



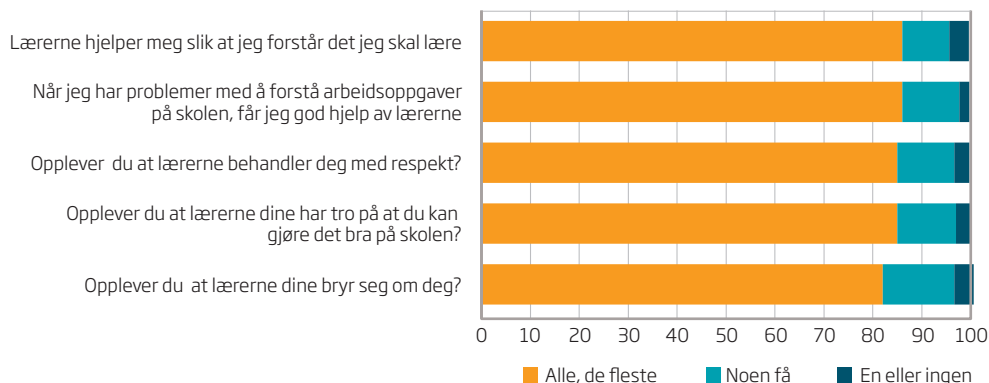
Figur 5-7 Krenking og mobbing fordelt på trinn. 2014/2015. Prosentvis fordeling. Kilde: Elevundersøkelsen/Utdanningsdirektoratet.

Figuren viser at det å bli gjort narr av eller ertet er de mest utbredte krenkelser som skjer på alle trinn, bortsett fra på videregående, der det å bli holdt utenfor er mest utbredt. En ser at andelen elever som blir utsatt for krenkende handlinger og mobbing går ned ettersom elevene blir eldre. Andelen elever som opplever mobbing, er høyest blant de yngste elevene og lavest i Vg3.

Mens det er et mindretall av elevene som ikke trives på skolen, viser Elevundersøkelsen at de som trives minst, samtidig svarer at de blir utsatt for krenkende handlinger. Blant de som trives litt, eller ikke i det hele tatt, er det omtrent sju av ti som blir utsatt for krenkelser. Til sammenlikning opplever en av ti blant de som trives svært godt, å bli utsatt for krenkelser (Utdanningsdirektoratet 2015).

Støtte fra lærer

Forskning viser at lærer-elev-relasjonen har betydning for elevenes læringsresultat og atferd (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 er et uttrykk for elevens oppfattelse av relasjonen til lærerne sine.



Figur 5-8 Opplevd støtte fra lærerne. 2014/2015. 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 atferdsproblemer, 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 og fullføring av videregående opplæring

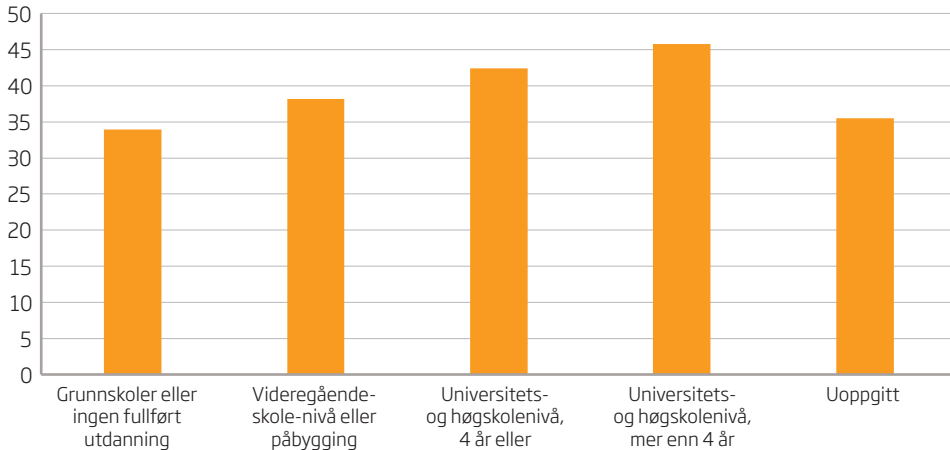
Utdanningen har som mål å gi elevene tilstrekkelig høy faglig kompetanse, og i denne ligger også psykologiske ressurser som er viktige for helsen. Karakternivået fra grunnskolen påvirker sannsynligheten for å fullføre videregående opplæring. Vi har mye informasjon om læringsresultater, som for eksempel 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. Indikatorene som er valgt under vil kunne gi informasjon om læringsresultater og fullføringsgrad.

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 manifoldsdirektoratets årsrapport 2014).

Frafall fra videregående opplæring er en folkehelseutfordring. Forskning har vist at den delen av befolkningen som ikke har videregående opplæring, har større vanskeligheter med å få jobb, og at de som får jobb, har lavere lønn og er de første som må gå ved nedskjæringer. Svakere kvalifikasjoner kan dessuten gi fremtidige levekårsutfordringer. Sannsynligheten for å være registrert som arbeidssøker hos NAV og for å motta offentlig støtte er mye høyere i gruppen som ikke fullfører videregående opplæring enn i andre utdanningsgrupper (Dahl 2014).

Grunnskolepoeng (beregnet som summen av elevenes avsluttende karakterer i grunnskolen, delt på antall karakterer og ganget med 10) benyttes som

kriterium for opptak til videregående skole. Skoleåret 2013-14 var gjennomsnittlige grunnskolepoeng 40,4. I 2012-13 var snittet 40,1 poeng.



Figur 5-9 Grunnskolepoeng etter foreldrenes utdanningsnivå, 2014. Kilde: SSB

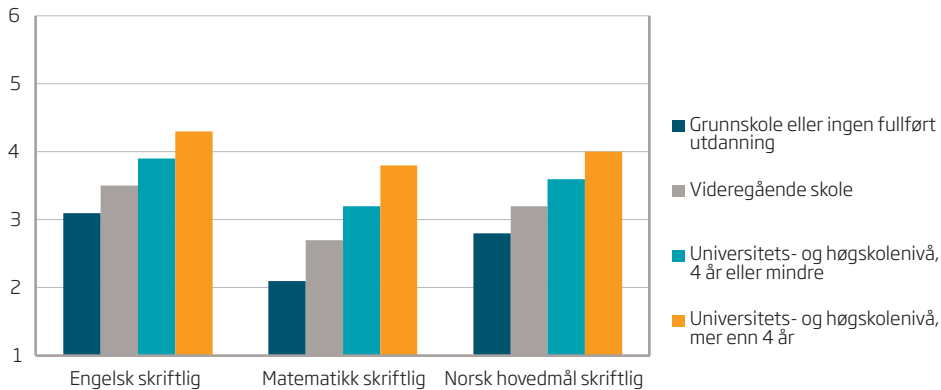
Figuren 5-9 viser at grunnskolepoeng henger sammen med foreldrenes utdanningsnivå. Elever med foreldre som har grunnskole eller lavere som høyeste fullførte utdanning har i snitt 33,9 grunnskolepoeng, mens elever som har foreldre med universitets- og høyskoleutdanning mer enn 4 år har 45,8 grunnskolepoeng.

Det er en tydelig sammenheng mellom grunnskolepoeng og antall stryk på Vg1 (Utdanningsspeilet 2015). 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.

Vi ser at gjennomsnittlige grunnskolepoeng for innvandrere (35,7) ligger nesten 5 poeng lavere enn den øvrige befolkningen (40,9) i skoleåret 2013-14. Norskfødte med innvandrerforeldre har i gjennomsnitt 39,1 grunnskolepoeng, noe som ligger tett opp til den øvrige befolkningen.

5.3.3 Sosial ulikhet i skoleprestasjoner

En analyse av skriftlige eksamenskarakterer viser at foreldrenes utdanningsnivå har betydning for resultatene. Forskjellen er størst i matematikk, der elever med foreldre med det høyeste utdanningsnivået i snitt får 1,7 karakterpoeng mer ved eksamen enn elever med foreldre med grunnskole eller uten fullført utdanning. I norsk hovedmål og engelsk er forskjellen 1,2 karakterpoeng. Disse forskjellene er av samme størrelsesorden som i fjor.



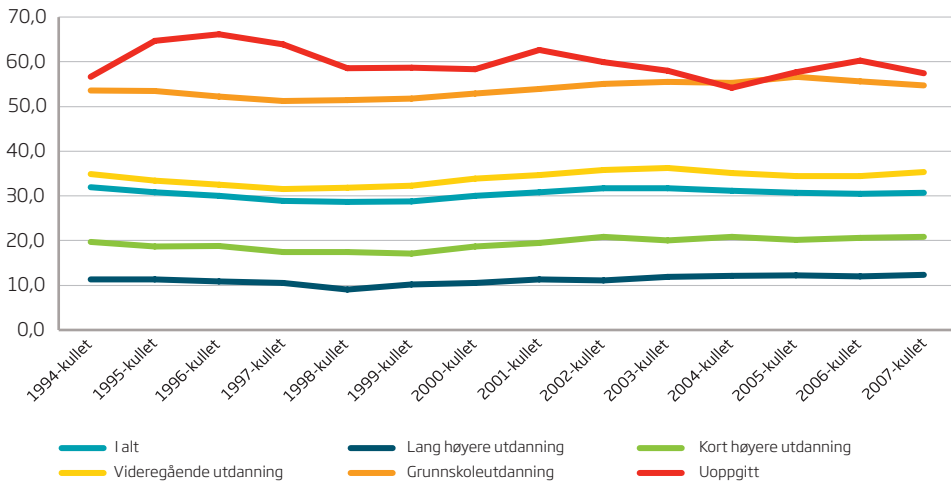
Figur 5-10 Eksamenskarakterer på skriftlig eksamen 10. trinn, fordelt på foreldrenes utdanningsnivå, 2013-14. Gjennomsnitt. Kilde: SSB

Analyser av både grunnskolekarakterer og nasjonale prøver viser at det er en sammenheng mellom foreldrenes utdanningsnivå og elevenes resultater. Det er imidlertid ikke klart hvordan dette 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*).

Fullføring av videregående opplæring

Å fullføre videregående opplæring vil si å bestå alle årstrinn som fører til vitnemål, fagbrev eller svennebrev. Vi måler gjennomføring i løpet av et visst tidsspenn. Normert tid + to år er det som i størst grad representerer elevenes rett til videregående opplæring (jf opplæringsloven § 3-1).

38 prosent av elevene som begynte i videregående opplæring i 2007, fullførte ikke innen fem/seks år. Fullføringsprosenten er lavere for elevene som begynte på yrkesfaglige utdanningsprogrammer enn studieforberedende utdanningsprogrammer. 17 prosent av elevene som begynte i et studieforberedende utdanningsprogram i 2007 fullførte ikke innen fem/seks år. For yrkesfaglige utdanningsprogrammer var andelen 39 prosent.



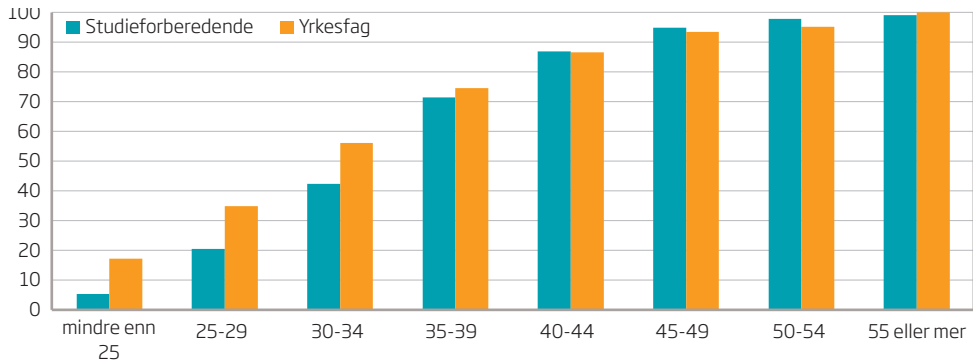
Figur 5-11. Andel elever og læringer som ikke har fullført innen fem/seks år, etter foreldres utdanningsnivå. Prosent (Kilde:SSB)

Andelen som ikke fullfører innen fem/seks år har vært ganske stabil de siste ti årene.

Innvandrere ligger nesten 20 prosent lavere enn befolkningen for øvrig når det gjelder fullføring innen fem år etter påbegynt videregående. Fylkesvise oversikter viser at det er i Aust-Agder (66,1), Oslo (63,7) og Sør-Trøndelag (62,5) at flest innvandrere fullfører innen fem år etter påbegynt videregående skole. Norskfødte med innvandrerforeldre ligger nærmere befolkningen for øvrig, men har ca. 5 % lavere fullføringsandel fem år etter påbegynt videregående (SSB, Statistikkbanken).

Andel elever og læringer som ikke har fullført innen fem/seks år varierer etter foreldrenes utdanningsnivå. Av elevgruppen med foreldre med grunnskoleutdanning som startet i videregående opplæring i 2007 hadde 55 prosent ikke fullført innen fem/seks år. Tilsvarende hadde 12 prosent av elevgruppen med foreldre med lang høyere utdanning ikke fullført innen fem/seks år. Forskjellene mellom elever med foreldre med kort og lang utdanning har ikke blitt redusert de siste 10-15 årene.

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, 2007-kullet. Prosent.
Kilde:SSB

Figuren over viser at elever med likt antall grunnskolepoeng har omtrent like stor sannsynlighet for å fullføre enten de går på yrkesfag eller på studieforberedende.

Utdanningsnivået i den norske befolkning

Utdanningsnivået i Norge har aldri vært høyere enn nå. Fra 1980 til 2013 gikk andelen av befolkningen i alderen 16 til 66 år som har grunnskole som høyeste utdanningsnivå ned fra 48 til 27 prosent.

Det er store forskjeller i utdanningsnivået etter innvandrerbakgrunn. Det har vært vanskelig å få sikre data, da antall innvandrere med *ukjent utdanning* er ganske høyt blant de eldste med innvandrerbakgrunn. Fra og med 2014 har SSB begynt å beregne utdanningsnivå for de en mangler data på. Norskfødte med innvandrerforeldre har den høyeste andelen som har grunnskole som høyeste fullførte utdanningsnivå.

5.4 Barn med særskilt oppfølging

Oppvekst er en livsfase for utvikling av trygge, velfungerende barn og unge. 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 flyktningerrelaterte faktorer.¹

Indikatorerne som vil presenteres her for å gi et bilde av barn med spesiell oppfølging er:

- Andel barn med spesialundervisning i grunnskolen fordelt på trinn
- Andel ungdommer i målgruppen (uten arbeid og utdanning) som registreres i oppfølgingstjenesten
- Antall barn og unge med tiltak fra barnevernet i løpet av året
- Antall bekymringsmeldinger til barnevernet etter melder
- Antall barn og unge mistenkt, siktet eller domfelt

Andel barn med spesialundervisning i grunnskolen fordelt på trinn

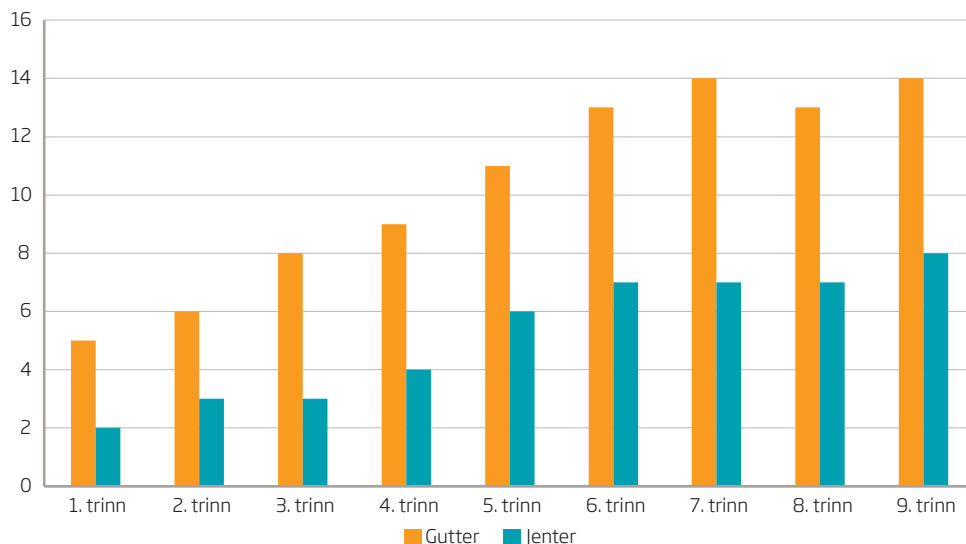
Elever som ikke får tilfredsstillende utbytte av den ordinære opplæringen, har rett til spesialundervisning. Spesialundervisning er en individuell rett som det alltid er knyttet et enkeltvedtak til. Høsten 2014 hadde 8,0 prosent av elevene enkeltvedtak om spesialundervisning, noe som utgjør i underkant av 50 000 elever. 68 prosent av elevene med enkeltvedtak om spesialundervisning er gutter.

Andelen elever med spesialundervisning øker utover i skoleløpet. På 1. trinn er andelen 3,6 prosent, mens den øker til det tredobbelte, 11,1 prosent, på 10. trinn. Det kan likevel se ut som denne kurven er i ferd med å flate litt ut mot slutten av skoleløpet. Andelen elever med spesialundervisning er nå noe lavere på 8. og 9. trinn enn på 7. trinn. En grunn til økningen i andelen elever med spesialundervisning jo eldre elever blir, kan være økende faglige krav utover i skoleløpet (Wendelborg 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 to skoleårene har det vært en

1 Paulsen V., Thorshaug K., Berg B. NTNU Samfunnsforskning (2014). Møter mellom innvandrere og barnevernet. Kunnskapsstatus

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.



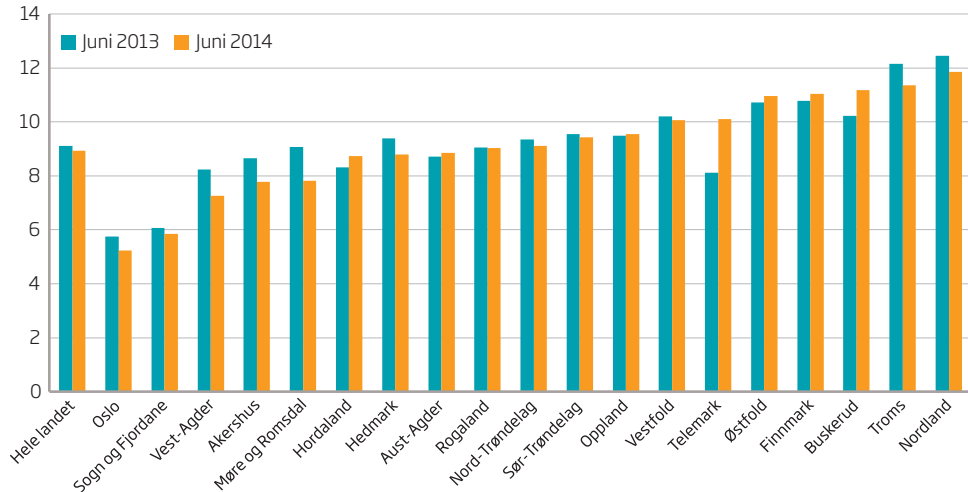
Figur 5-14 Elever med enkeltvedtak om spesialundervisning, fordelt på trinn og kjønn. 2014. Prosent.
Kilde: GSI/Utdanningsdirektoratet.

Andel ungdommer i målgruppen (uten arbeid og utdanning) som registreres i oppfølgingstjenesten

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 19 400 ungdommer i oppfølgingstjenestens målgruppe i skoleåret 2013-2014. Det utgjør 9 prosent av ungdommene med opplæringsrett i denne aldersgruppen. Det er store forskjeller mellom fylkene. Andelen er høyest i Nordland og Troms, og lavest i Oslo og Sogn og Fjordane (figur 5-15) noe som gjenspeiler mønstrene vi finner i statistikken for gjennomføring for øvrig - ungdom som avbryter videregående opplæring, registreres hos oppfølgings-tjenesten. Gutter er i større grad enn jenter registrert i OT. Tall fra skoleåret 2012/2013 viser at norskfødte med innvandrerforeldre i mindre grad enn den

Øvrige befolkningen er i OT. Innvanderne har den høyeste andelen ungdommer i oppfølgingstjenestens målgruppe, sammenlignet med befolkningen for øvrig og norskfødte med innvandrerforeldre.

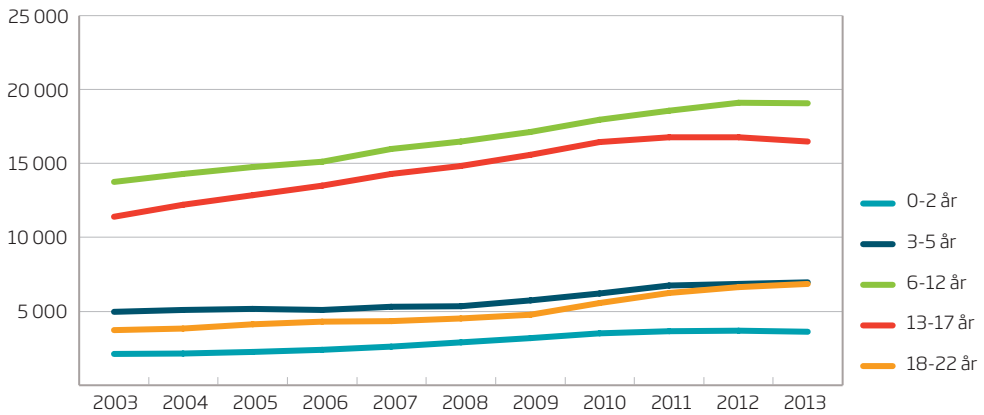


Figur 5-15 Andel av ungdom under 21 år med ungdomsrett i oppfølgingstjenesten, etter fylke. Prosent. Juni 2013 og juni 2014.2014. Kilde: Utdanningsdirektoratet

Barn med tiltak fra barnevernet

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 erfaring fra barnevernet klarer seg stadig bedre jo eldre de blir.

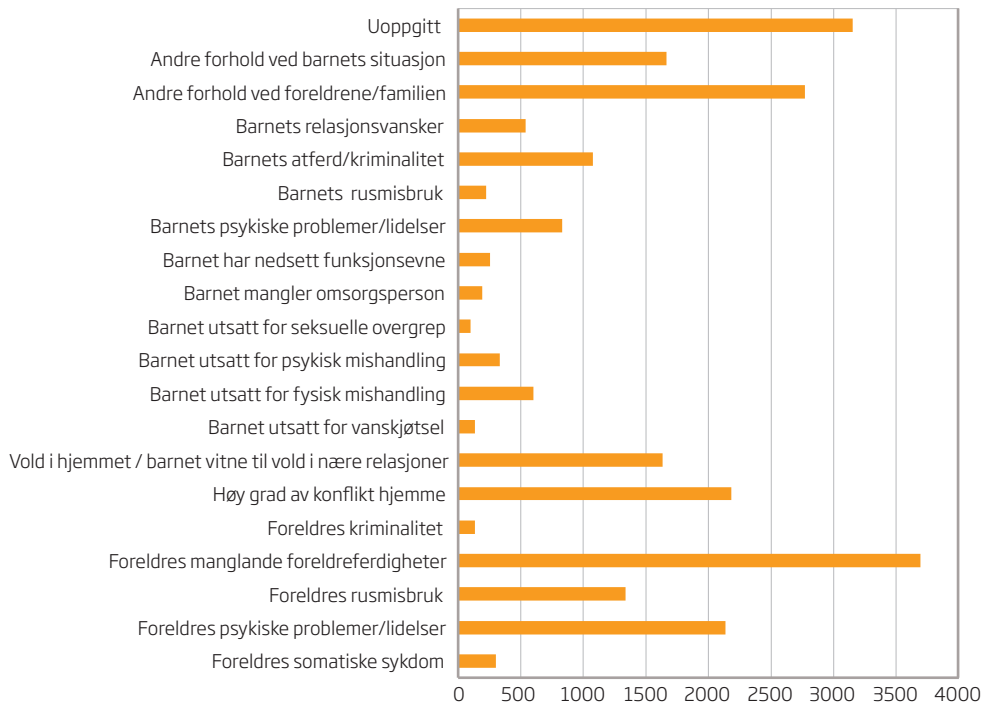
Barnevernstiltak i løpet av året



Figur 5-16 Antall barn og unge med tiltak fra barnevernet i løpet av året, fordelt på aldersgrupper. Kilde: SSB/Barnevernsstatistikk og SSB/Folkemengde tabell 07459

Det er viktig å vite noe om omfanget av barn med tiltak fra barnevernet. I løpet av 2013 mottok 53 150 barn og unge tiltak fra barnevernet. Det tilsvarer 36 barn og unge per 1000 i alderen 0 til 22 år i befolkningen. Det er en sterk økning fra 2003, hvor 27 barn per 1000 barn og unge mottok hjelp fra barnevernet. Det er flest barn fra 6 til 12 år som mottar tiltak fra barnevernet. Dersom vi ser på antall tiltak i forhold til befolkningen i hver aldersgruppe er det flest i aldersspennet 13 til 17 år som mottar tiltak. 51 av 1000 ungdommer i dette aldersspennet mottok tiltak fra barnevernet i 2013. Dette er en langt høyere forekomst enn for barn fra 0 til 2 år, hvor det tilsvarende tallet er 20.

Årsak til tiltak fra barnevernet

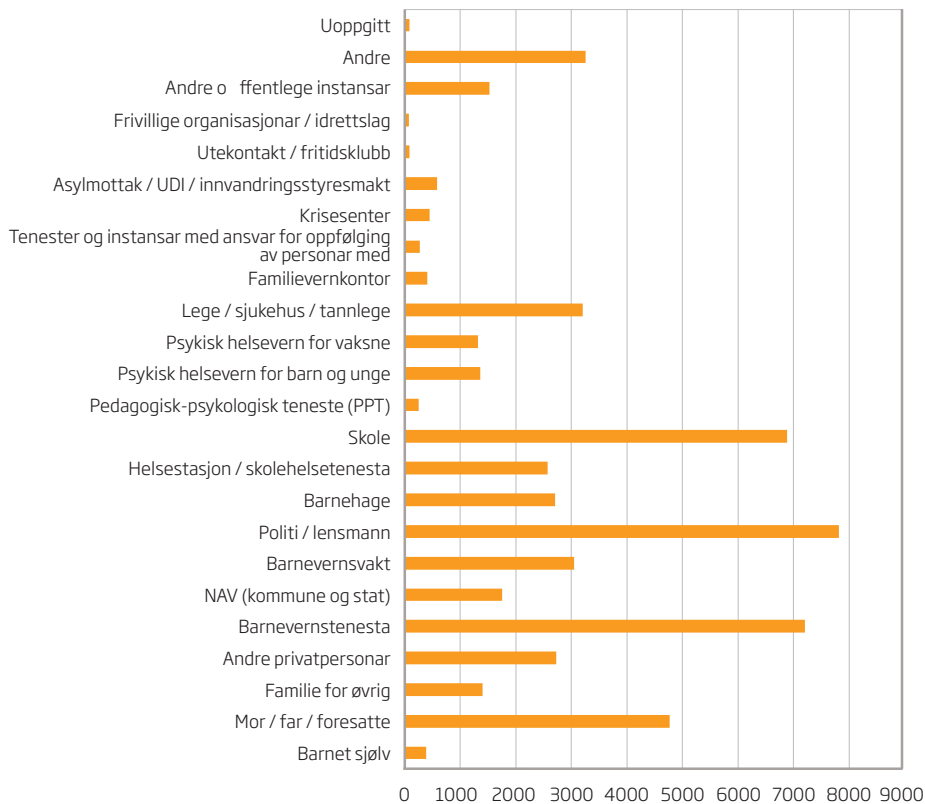


Figur 5-17 Årsak til at nye barn fikk tiltak fra barnevernet i løpet av året. 2013 Kilde: SSB/Barnevernsstatistikk, tabell 10663. Note: I denne grafen og tabellen viser begrepet «nye barn» til barn som ikke mottok tiltak året før. Det betyr at selv om barnet blir registrert som et nytt barn i SSBs barnevernsstatistikk 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.

I 2013 mottok i overkant av 13 900 barn som ikke var registrerte i barnevernet året før hjelp fra barnevernet. Det kan være flere årsaker til at et barn mottar tiltak. Manglende foreldreferdigheter, foreldres psykiske lidelser, høy grad av konflikt hjemme og andre forhold ved familien eller foreldrene er de vanligste oppgitte årsakene til tiltak. Samtidig er kategorien med uoppgitt årsak svært stor og det er derfor vanskelig å anslå det faktiske antallet for hver av kategoriene.

Historisk sett ser vi at det er stadig færre barn som mottar tiltak på grunn av egne atferdsproblemer, mens andelen som mottar tiltak på grunn av psykiske problemer har økt. Det er imidlertid vanskelig å sammenligne tallene over tid på grunn av en omlegging av statistikken i SSB. Det er også mange som mottar tiltak fra barnevernet på grunn av forhold som vold i hjemmet, fysisk og psykisk mishandling, seksuelle overgrep og vanskjøtsel. I 2013 ble dette nevnt som årsak 2804 ganger.

Bekymringsmeldinger til barnevernet



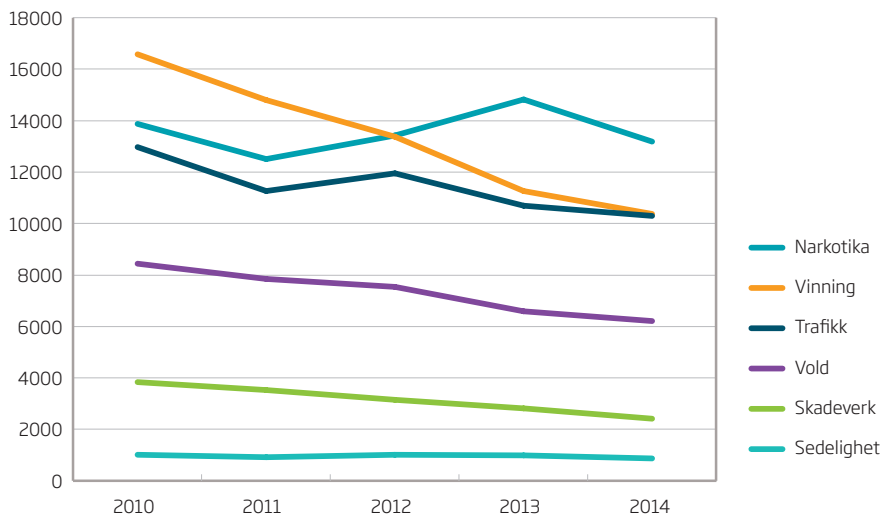
Figur 5-18 Antall bekymringsmeldinger til barnevernet etter melder. Kilde: SSB/Barnevernsstatistikk

I 2013 mottok barnevernet 52 553 bekymringsmeldinger. Dersom flere melder bekymring om ett barn, registreres dette som én bekymring. Totalt mottok barneverntjenesten 54 139 meldinger fra ulike instansar. 7811 av disse kom fra politiet. Det er noe flere enn barneverntjenesten og skolen, som sendte henholdsvis 7208 og 6886 meldinger i 2013. Barnehagen melder naturlig nok oftest bekymring om barn i barnehagealder. Det innebærer at selv om barnehagen kun sto for 5 prosent av alle meldinger i 2013, sto de for 12 prosent av meldingene om barn fra 0 til 5 år. Det er også mange foreldre som melder til barneverntjenesten om problematiske forhold rundt barnet sitt. I 2013 mottok barneverntjenesten 4765 meldinger fra foreldre om egne barn. Det tilsvarer 9 % av alle meldinger det året.

Antall ungdom inne til bekymringsamtale hos politiet

Det er innrapportert 805 bekymringsamtaler hos politiet på landsbasis for 2014. Det har tidligere vært ulike systemer å føre bekymringsamtalene i, noe som har vært uoversiktlig og gjort det vanskelig med statistikk. Den største andelen av ungdommene hvor det gjennomføres bekymringsamtaler er under 15 år, men det gjennomføres også med unge over 15 år. Mange politidistrikt melder at majoriteten av bekymringsamtalene er knyttet til bruk av narkotika (Politidirektoratet 2015).

Antall barn og unge mistenkt, siktet eller domfelt



Figur 5-19: Antall forhold der 10-22 åringer var mistenkt siktet eller domfelt, etter kriminalitetstype, 2010-2014. Kilde: PAL Strasak

Førstegangskriminelle i aldersgruppen 0-14 år (under kriminell lavalder) var 2465 i 2014.

I aldersgruppen 15-18 år var antall førstegangskriminelle 3440. (Politiets straffesakssystem PAL, 2014).

Oversikten viser at det har vært en nedgang i alle kategoriene fra 2010 til 2014 i den registrerte kriminaliteten der barn og unge fra 10-22 år ble mistenkt, siktet eller domfelt for lovbrudd. Fra 2013 til 2014 har nedgangen flatet mer ut. 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 2014, ble 84

prosent av lovbruddene begått av gutter. Denne andelen har vært stabil de siste fem årene (Politidirektoratet, 2015: Analyse av barne- og ungdomskriminaliteten i Norge).

5.5 Forebyggende helsetjenester for barn og unge

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 å styrke barn og foreldres tilknytning og oppdage problem med ernæring og vektoppgang er hjemmebesøk innen 14 dager i familiens eget miljø den beste arena. Tilsynet med helsestasjons- og skolehelsetjenesten fra 2013 avdekket at mange kommuner ikke tilbyr hjemmebesøk.

Tabell med utvikling i andel barn som får helseundersøkelser tidlig i livet

År	2010	2012	2014
Andel nyfødte med hjemmebesøk	76%	79%	82%
Andel spedbarn med fullført helseundersøkelse innen 8.uke	100%	96%	99%
Barn med fullført helseundersøkelse i 1.trinn	92%	90%	94%

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 veileder gjennomføres hos helsesøster og lege. Registreringen i KOSTRA viser kun om barnet har hatt konsultasjon ved to årskontroll, og viser ikke om barnet har vært hos bare en av fagpersonene. Tallene er derfor mangelfulle. 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 at dårlige levekår ikke fanges opp.

Konsultasjonen på 1. trinn er viktig for å tilrettelegge for samarbeid med barn, foreldre, skolehelsetjeneste og skole. En utfordring kan være å nå familier som har flyttet. Tilsynsrapporten fra 2013 viser at skolestartundersøkelse som blant annet inneholder hørselstest, mange steder gjennomføres et stykke ut i første klasse eller i andre klasse. Barnet kan da ha tapt viktig tid for læring og sosial tilpasning, og samarbeid med skolen om barn som har utfordringer vil komme sent i gang. KOSTRA viser at ca 90% gjennomfører skolestartundersøkelse. Barn og unge rapporterer selv at skolehelsetjenesten er lite tilgjengelig når de trenger det, og at de ønsker åpen skolehelsetjeneste hver dag. (Meld. St. 26, 2014-2015).

KOSTRA har statistikk over antall årsverk i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Antall årsverk ligger på om lag 4200-4300. En svakhet ved statistikken er imidlertid at den omfatter alle de tre tjenestene, og ikke delt pr deltjeneste. Dette gjør det vanskelig å måle kommunenes prioritering og styrking av tjenestene. Stortingsmelding 26 (2014-2015) beskriver fra tilsynsrapporten fra 2013 at mange kommuner hadde redusert programmet og eller slått sammen kontroller uten å vurdere faglig forsvarlighet.

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 i større grad er psykososiale.

Langtidsarbeidsledigheten har økt noe de siste par årene, og nærmer seg i 2014 det samme nivå som under finanskrisen i 2010. Det er store forskjeller mellom bransjene; konjunkturømfintlige bransjer som bygg og anlegg har den høyeste langtidsledigheten, mens akademiske yrker og undervisning har den laveste.

Sysselsettingen blant funksjonshemmede er bare 43 prosent, mot 75 prosent i hele befolkningen (2014). Sjansen for å være i jobb øker imidlertid vesentlig med lengre utdanning også i denne gruppen.

Syssestetingsgraden blant innvandrere til Norge er noe lavere enn i befolkningen for øvrig, men øker med utdanningslengde og botid. Andelen langtidssykemeldte som kommer i arbeid igjen er stabilt forholdsvis høy (rundt 75 prosent), men varierer en del mellom ulike yrkesgrupper.

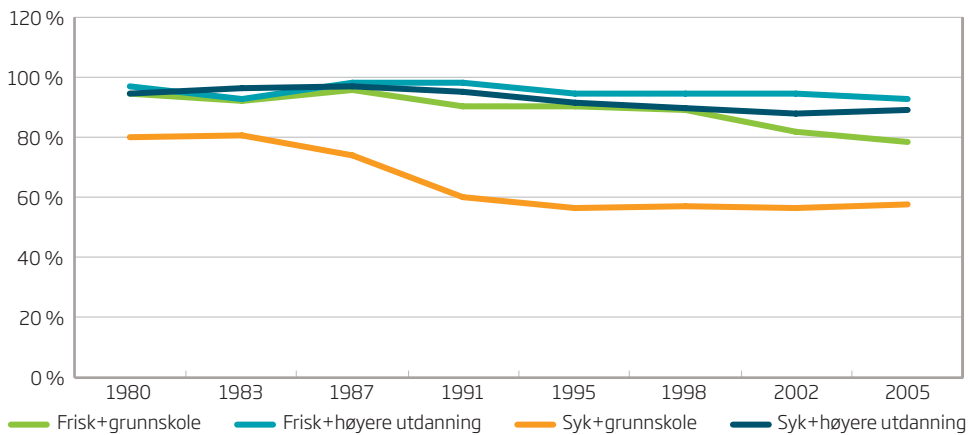
6.1 Arbeid og helse

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 trivsel.

De som er i arbeid har gjennomgående bedre helse enn de som befinner seg utenfor arbeidsmarkedet (Dahl, 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 (Dahl, 2010). Det finnes også studier som viser en direkte negativ helseeffekt ved tap av arbeid (Rege, 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, 2010).

At helse alene ikke kan forklare i hvilken grad man er yrkesaktiv eller ikke viser figuren under. Menn med lang utdanning og en langvarig lidelse er mer yrkesaktive enn friske menn med kun grunnskoleutdanning.



Figur 6-1. Yrkesaktivitet blant høyt og lavt utdannede menn, med og uten langvarig lidelse. Kilde: Dahl, E., van der Wel, Kjetil A og Ivan Harsløf 2010.

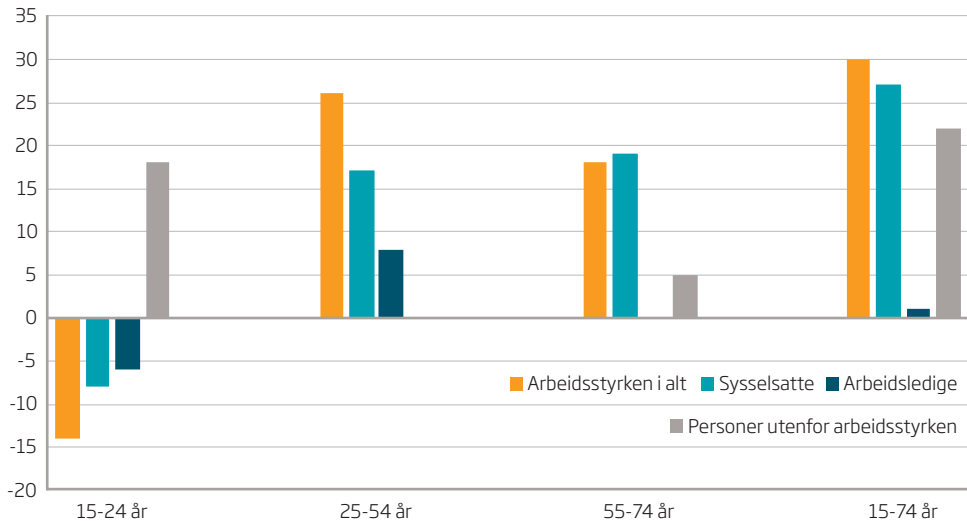
6.2 Kjennetegn ved det norske arbeidsmarkedet

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, 2014).

Norge er blant de landene i Europa med en høyest andel kvinner i arbeidslivet sammen med Island, Sverige og Sveits (Eurostat, 2014). Arbeidskraftundersøkelsen til SSB viser at det i 2.kvartal 2015 var 70,8 prosent sysselsatte menn og 66,0 prosent kvinner i Norge i alderen 15-74 år. Stadig fler blant sysselsatte kvinner jobber heltid, og for samme periode var andelen heltidsarbeidende kvinner 62 prosent mot 85 prosent for menn.

Også sysselsettingsgraden blant innvandrere er høy i Norge sammenliknet med andre land, men også her har innvandrere lavere yrkesdeltagelse enn befolkningen for øvrig; 63,4 prosent mot 69,4 prosent i 2014 (SSB, 2014). 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.



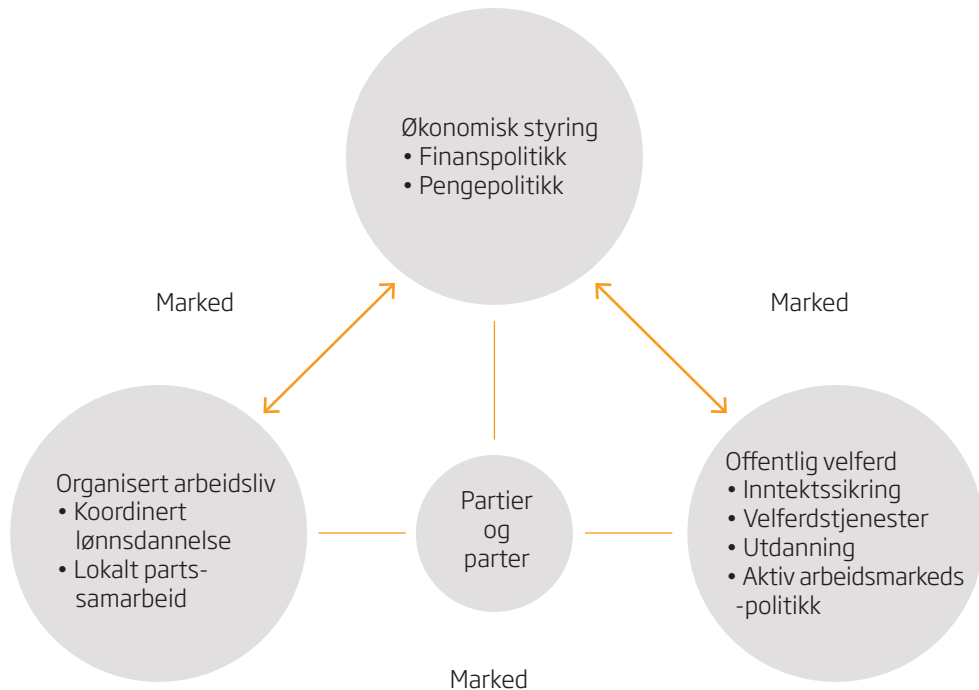
Figur 6-2 Endringer i befolkningen i yrkesaktiv alder etter arbeidsstyrkestatus. 1 000 personer. 2013-2014. Kilde: SSB/NAV

Ser vi på de ulike aldersgruppene i arbeidslivet har veksten i sysselsettingen vært størst i aldersgruppen 55-74 år fra 2013 til 2014. Den har gått noe ned i den yngste aldersgruppen fordi flere er under utdanning, i tillegg til at færre kombinerer utdanning og arbeid.

Ifølge SSB er andelen sysselsatt i offentlig sektor på 34,3 prosent, og det er undervisningssektoren og helse- og sosialtjenestene som dominerer. 65,7 prosent er sysselsatt i privat sektor; med varehandel og industri som dominerende næringer (SSB, 2014,2015).

Den norske arbeidslivsmodellen

Dølvik m.fl. (2014) framstiller grunnpilarene i den norske og nordiske arbeidslivsmodellen på denne måten:



Høy arbeidsdeltagelse og produktivitet er en forutsetning for velferdssamfunnet og den levestandarden, og dermed helsestatusen, vi opplever i Norge. Det vil ikke være økonomisk bærekraftig å ha en stor andel av befolkningen stående utenfor arbeidsmarkedet. Dette gir seg utslag i en aktiv og ambisiøs arbeidsmarkedspolitikk, hvor den såkalte arbeidslinja har stått sentralt.

Ifølge Kildahl, 1998 i Dahl 2014 er begrunnelsen for arbeidslinja flerdelt; samfunnsøkonomisk begrunnes den med at man må utnytte samfunnets ressurser for å skape tilstrekkelig velferd, og den sosiale begrunnelsen handler om sosial integrasjon og deltagelse. Videre skal arbeidslinja være oppdragende og normativ; arbeid er et gode i seg selv men også en plikt i et gjensidig forhold mellom det å yte (gjennom arbeid og skatt) og det å motta (offentlig stønad i ulike livsfaser/inntektssikring).

Selv om den nordiske modellen har vist seg både robust og vellykket, er det i følge FAFO flere forhold som gjør den sårbar;

- modellen forutsetter høy yrkesdeltagelse
- færrest mulig på varig offentlig stønad
- en balanse mellom sjenerøsiteten i de offentlige velferdsordningene og incentivene til arbeidsdeltagelse og selvforsørgelse.

Videre må man sikre seg mot framveksten av en underklasse i arbeidslivet som til tross for arbeidsinntekt vil måtte ha offentlige ytelser for å få endene til å møtes. En slik lavinntektsgruppe vil bidra til større sosiale forskjeller og dermed virke destabiliserende på hele velferdsmodellen (Dølvik m.fl., 2014).

6.3 Kjennetegn ved arbeidsmiljøet i Norge

De aller fleste arbeidstakere i Norge arbeider under trygge og forsvarlige forhold. Men det vil alltid være en risiko for å bli utsatt for negativ eksponering som kan gi helseplager både på kort og lang sikt. Disse arbeidsmiljøfaktorene deles inn i organisatoriske (inkludert arbeidstid), ergonomiske/mekaniske, fysiske 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 eksponering og 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 sykdomsplagene 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 rapporteres av 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 arbeidsrelaterede sykdommen som hyppigst blir meldt til Arbeidstilsynet.

Studier av det psykososiale arbeidsmiljø tar ofte utgangspunkt i to hovedmodeller; krav- kontrollmodellen og innsats - belønningsmodellen. Krav - kontrollmodellen (Karasek, 1990) går i korthet ut på at dersom arbeidstakere stilles overfor krav i arbeidslivet som ikke motsvares av tilstrekkelig kontroll, så vil dette kunne føre til 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 stressrelaterede helseplager (Wahrendorf et al. 2013).

I følge Faktaboken om arbeidsmiljø og helse 2015 (STAMI) oppga 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 befant seg i en arbeidssituasjon kjennetegnet av høye jobbkrav i kombinasjon med lav jobbkontroll, mens om lag 11 prosent opplevde 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. Det er 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 arbeidsrelaterede skader og sykdom.

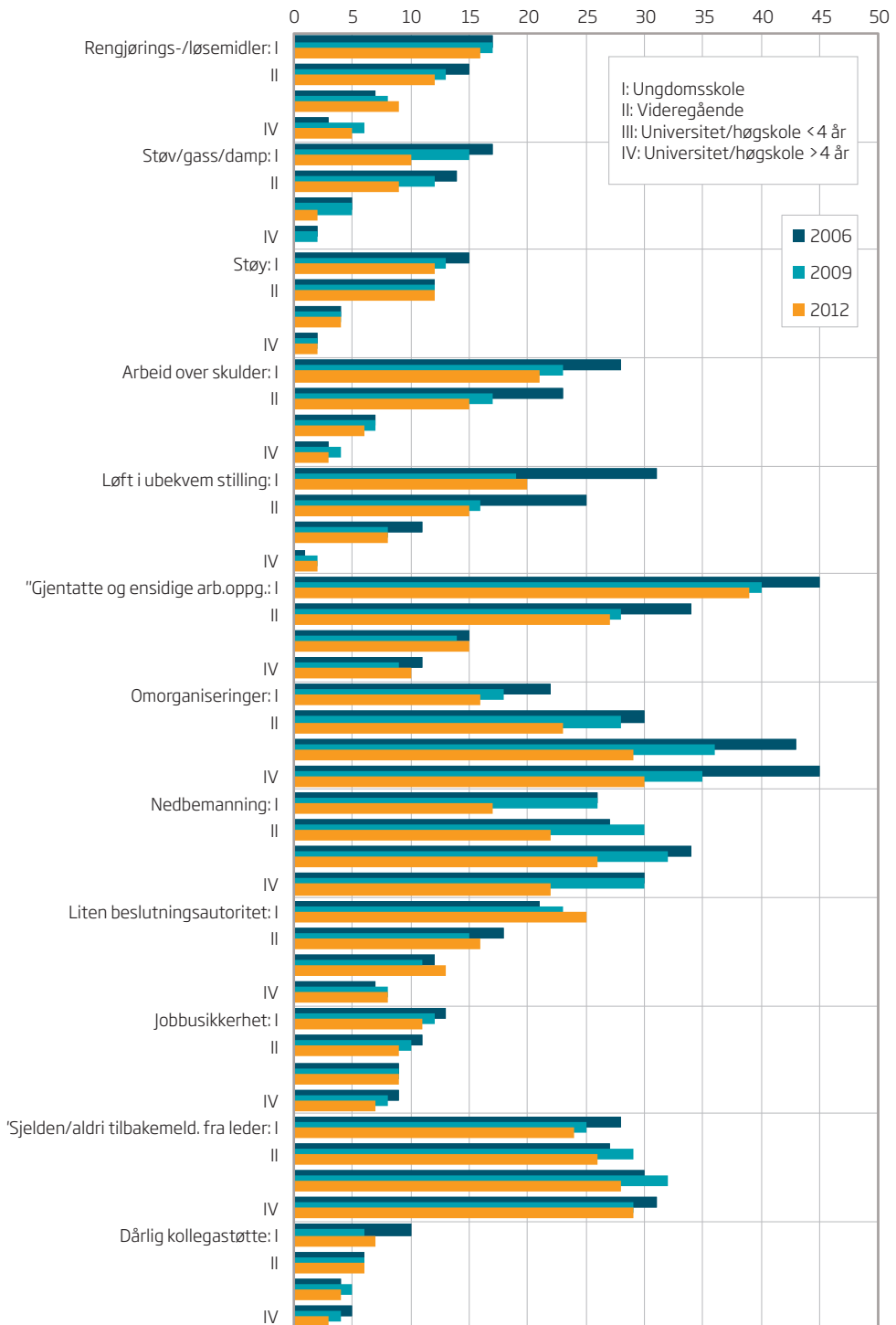
6.3.1 Arbeidsmiljøeksponering

Vi kan følge utviklingen i arbeidsmiljøet i Norge ved å følge med på indikatorer levert av avdeling Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og helse (NOA) ved Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI). Figur 6-3 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 fra 2006 - 2013. Fremstilling og analyse er hentet fra STAMI sin faktabok om arbeidsmiljø og helse 2015.

Som vi ser av figuren så har det vært en positiv utvikling, i form av nedgang i helseskadelige eksponeringsfaktorer, 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. Dette gjelder først og fremst kjemisk og mekanisk eksponering. Ser vi på organisatoriske og psykososiale faktorer er bilde 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 i favør de med lengst utdanning.

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. Å sikre sunne arbeidsmiljøer for alle vil kunne bidra til å redusere sosiale helseforskjeller.



Figur 6-3. Andel som oppgir eksponering av ulike arbeidsmiljøfaktorer etter utdanningsgruppe 2006-2012. Kilde: SSB/STAMI

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) 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.

Mange kan oppleve perioder uten arbeid, og i løpet av 2014 var rundt 305 000 personer registrert ved NAV som arbeidssøker i en kortere eller lengre periode. Antallet arbeidssøkere til en hver tid var 116 000 gjennomsnittlig. Blant disse var 75 000 helt ledige, mens de øvrige enten var delvis ledige eller tiltaksdeltakere.

6.4.1 Langtidsledighet

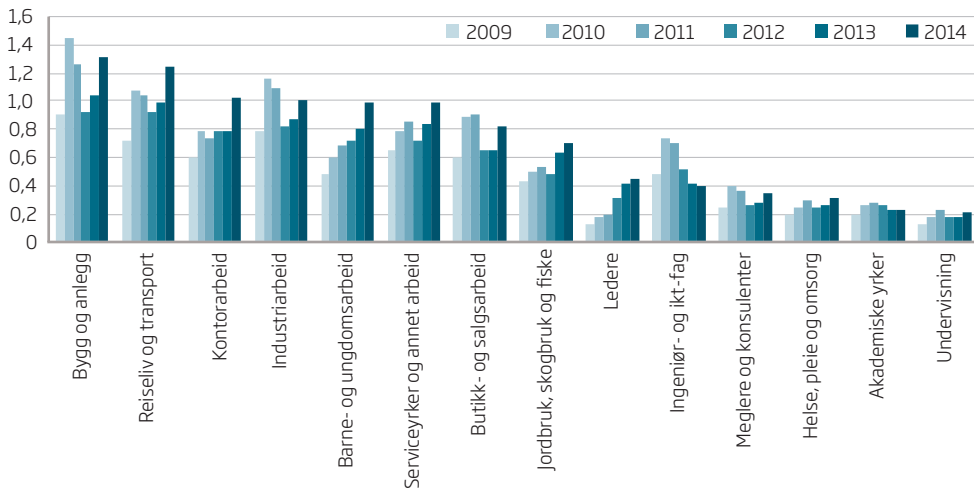
De fleste arbeidssøkere går raskt tilbake i jobb, men for noen blir ledigheten mer langvarig.

Arbeidssøkere som har vært helt uten arbeid eller tiltak i mer enn seks måneder karakteriseres som langtidsledige. 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 (Clausen mfl. 1993).

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 2009 - 2014. Kilde: NAV

I gjennomsnitt var 19 600 personer langtidsledige i 2014, sammenlignet med 16 300 året før. Langtidsledigheten følger den generelle utviklingen i arbeidsledigheten. De gruppene som har mange langtidsledige er også gruppene som har høyest ledighet (som bygg og anlegg), og motsatt er undervisning og akademiske yrker også yrkesgruppene med lavest ledighet generelt sett. Ufaglærte arbeidere er spesielt sårbare for konjunktorene i arbeidsmarkedet.

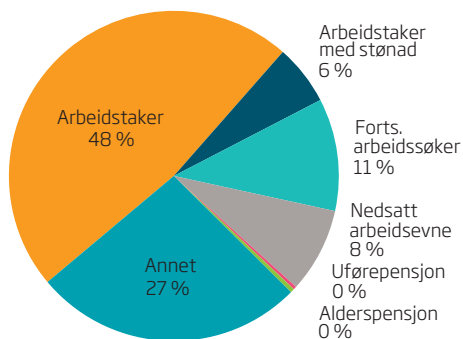
I 2009 og 2010 økte arbeidsledigheten på grunn av finanskrisen. Dette medførte også at det ble vanskeligere for de arbeidsledige å få jobb, og flere ble langtidsledige. Særlig gjaldt dette konjunkturutsatte yrker som i bygg og anlegg, industri m.fl. Innen helse, undervisning og akademiske yrker er ledigheten mindre påvirket av konjunktorene og jevnt over svært lav. Dermed får man heller ikke så store svingninger i langtidsledigheten. I 2014 har langtidsledigheten begynt å øke i flere av gruppene. Det henger igjen sammen med konjunktorene, som har ført til at etterspørselen etter arbeidskraft har falt og ledigheten begynt å øke for noen av yrkesgruppene.

6.4.2 Nedsatt arbeidsevne

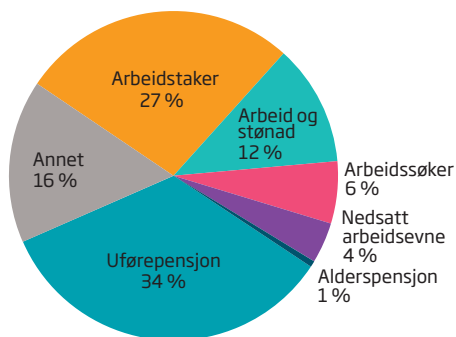
Personer med nedsatt arbeidsevne er personer som på grunn av helsemessige eller andre særlige utfordringer har et mer omfattende bistandsbehov fra NAV. For både arbeidssøkere og personer med nedsatt arbeidsevne har NAV statistikk om overgang til arbeid og ulike ytelser. Svært få arbeidssøkere går over til uførepensjon, men blant personer med nedsatt arbeidsevne er andelen

klart større. Dette er naturlig, da denne brukergruppen omfatter mottakere av arbeidsavklaringspenger, en ordning der hensikten er å avklare arbeidsmuligheter og uførerrettigheter 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 (figur 6-5), og de som var registrert med nedsatt arbeidsevne (figur 6-6). For ordinære arbeidssøkere er nesten halvparten i jobb etter et halvt år, men for de med nedsatt arbeidsevne er denne andelen på 27 prosent. I gruppen med nedsatt arbeidsevne går en relativt stor del, 34 prosent, over på uførepensjon.



Figur 6-5 Personer med avgang fra arbeidssøker 2. kvartal 2014 fordelt etter status på arbeidsmarkedet 4. kvartal 2014. Antall og prosent. Kilde NAV



Figur 6-6. Personer med avgang fra status nedsatt arbeidsevne 2. kvartal 2014 fordelt etter status på arbeidsmarkedet 4. kvartal 2014. Antall og prosent. Kilde NAV

Som figuren over viser så er overgangen fra status nedsatt arbeidsevne til uføretrygd høy. Dette skyldes i all hovedsak at disse personene har vesentlige helseproblemer.

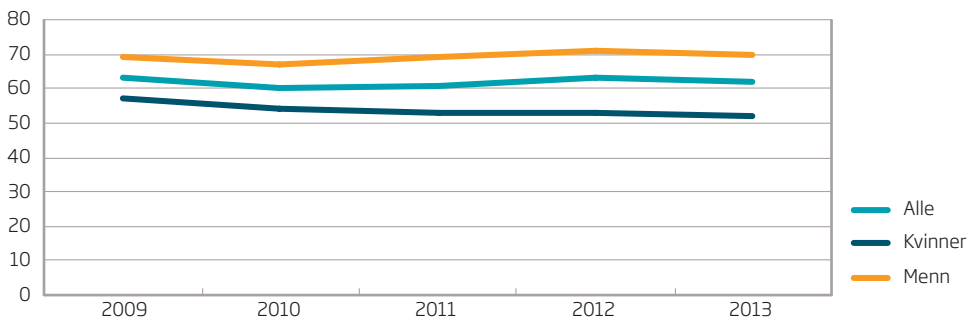
6.4.3 Sysselsetting blant funksjonshemmede

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet har utarbeidet egne nettsider som viser levekårsstatus blant personer med nedsatt funksjonsevne (www.bufdir.no). Der presenteres også tall på sysselsetting for denne gruppa. Tall for 2014 viser at 43 prosent av personer med nedsatt funksjonsevne er sysselsatt, mot 75 prosent i befolkningen generelt. Som ellers i befolkningen så øker også sysselsettingsgraden for personer med nedsatt funksjonsevne med utdanningsnivå. Sammenhengen mellom utdanningsnivå og sysselsetting er imidlertid sterkere for personer med funksjonsnedsettelse enn for andre.

Dataene er hentet fra SSBs tilleggsundersøkelse om funksjonshemmede til Arbeidskraftsundersøkelsen (AKU). Tilleggsundersøkelsen går hvert andre kvartal, og omfatter personer mellom 16-66 år. I denne undersøkelsen blir funksjonshemming definert som «...fysiske eller psykiske helseproblemer av mer varig karakter som kan medføre begrensninger i det daglige liv. Det kan for eksempel være sterkt nedsatt syn eller hørsel, lese- og skrivevansker, bevegelsehemninger, hjerte- eller lungeproblemer, psykisk utviklingshemning, psykiske lidelser eller annet».

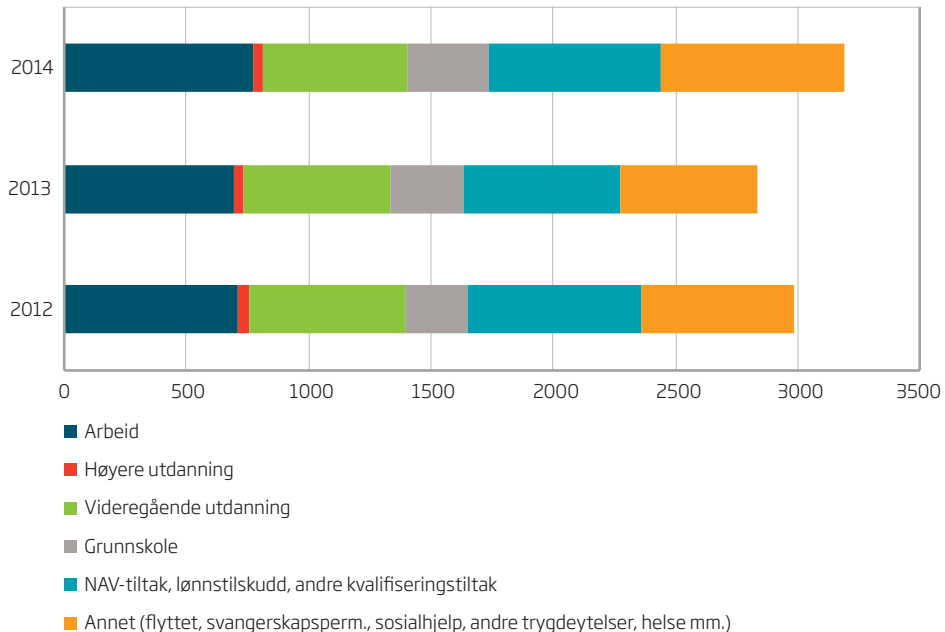
6.4.4 Introduksjonsprogram for nyankomne flyktninger

Formålet med Lov om introduksjonsordning og norskopplæring for nyankomne innvandrere (introduksjonsloven) er å styrke nyankomne flyktningers mulighet for deltagelse i yrkes- og samfunnslivet, og deres økonomiske selvstendighet. Kommunene jobber med dette gjennom å tilby Introduksjonsprogram til nyankomne flyktninger. SSB foretar, på oppdrag fra IMDi, en årlig gjennomgang av tidligere deltakeres status på arbeidsmarkedet ett år etter endt program. Dette gir et inntrykk av hvor godt tiltaket bidrar til at nyankomne flyktninger og innvandrere kommer over i arbeid og aktivitet.



Figur 6-7. Tidligere deltakere i introduksjonsprogrammet i arbeid eller utdanning ett år etter avsluttet introduksjonsprogram 2009-2013. Kilde: IMDi/Enes 2014.

Resultatene for overgang til arbeid og utdanning har vært stabile over flere år. De siste publiserte tallene fra SSB gjelder for de som avsluttet introduksjonsprogrammet i 2012. Resultatet viste at i alt 62 prosent av de som fullførte introduksjonsprogrammet var i arbeid eller under utdanning året etter at de avsluttet programmet. Dette var en nedgang på ett prosentpoeng sammenliknet med året før. Menn kommer raskere i jobb enn kvinner.



Figur 6-8. Status etter endt introduksjonsprogram. 2014. Kilde: IMDi

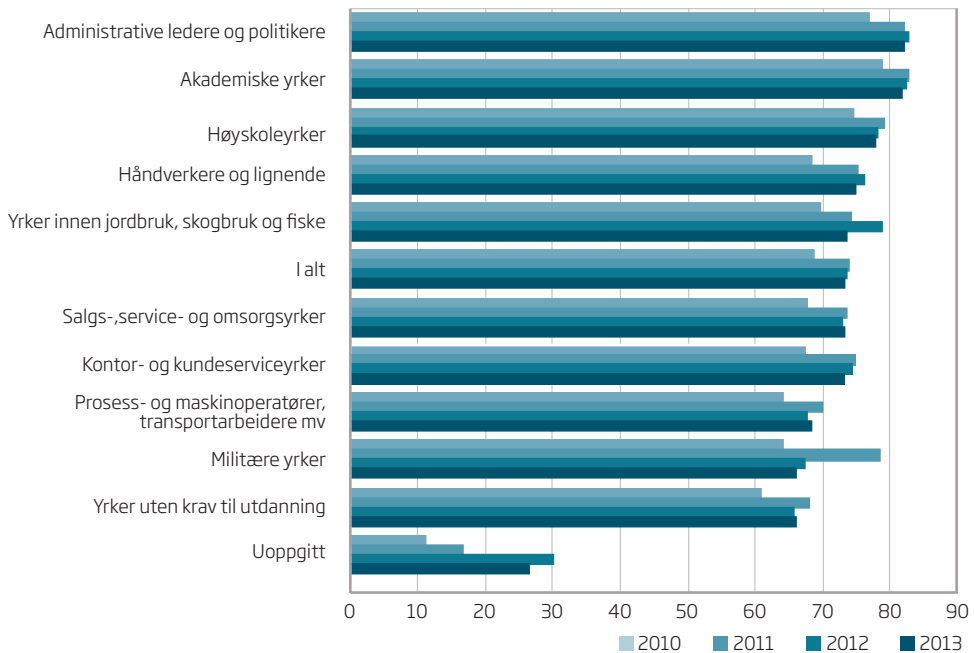
Enkeltpersoners deltagelse i introduksjonsprogrammet dokumenteres i Nasjonalt introduksjonsregister (NIR). Her registreres også status direkte etter endt introduksjonsprogram. Som figuren over viser, så gikk 1 401 personer direkte over i arbeid eller utdanning (videregående eller høyere utdanning) etter introduksjonsprogram i 2014, noe som tilsvarer 44 prosent av de totalt 3 189 personene som gikk ut av introduksjonsprogrammet. Dette var en nedgang på tre prosentpoeng fra året før. Nedgangen skyldes hovedsakelig at det var flere kvinner med lite eller ingen utdanning som avsluttet introduksjonsprogram i 2014 sammenliknet med 2013. I denne gruppen trenger flere ytterligere kvalifiseringstiltak før arbeid eller videregående utdanning er aktuelt.

Andelen som gikk over til grunnskoleopplæring har steget fra 4 prosent i 2009 til 11 prosent i 2014. Det er også verdt å merke seg at av alle som avsluttet

introduksjonsprogrammet i 2014 gikk 22 prosent over i kvalifiseringstiltak som NAV-tiltak, lønnstilskudd eller andre kvalifiseringstiltak. Dette kan være viktige bidrag for å få introduksjonsprogramdeltakerne i arbeid på et senere tidspunkt.

6.5 Sykefravær

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



Figur 6-9. Andel langtidssykemeldte som er i arbeid ett år etter avsluttet sykefravær, fordelt på yrke.

Kilde: NAV

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

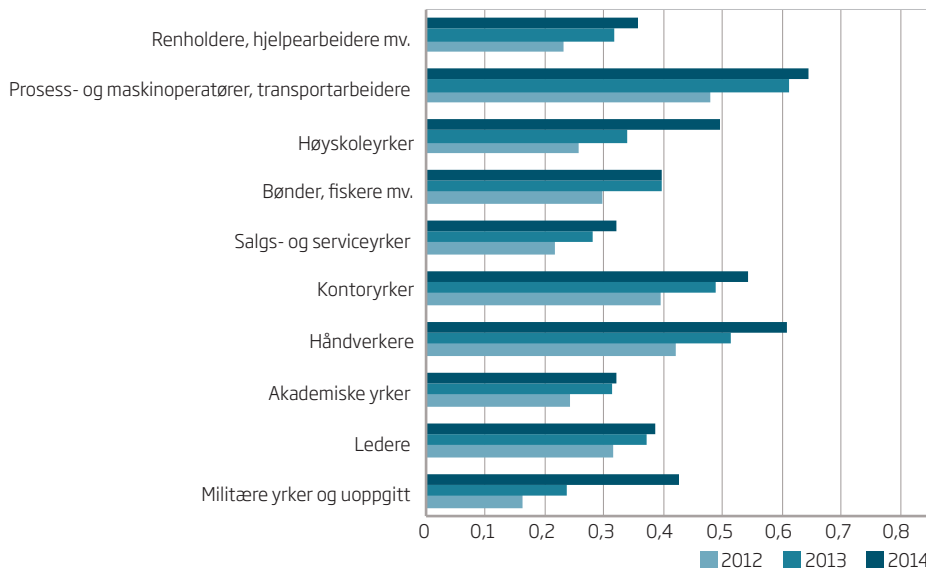
6.6 Seniorer i arbeidslivet

En stadig eldre befolkning fører til demografiske utfordringer knyttet til arbeidsliv. 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 i de øvre aldersgrupper som er på tampen av sitt yrkesliv.

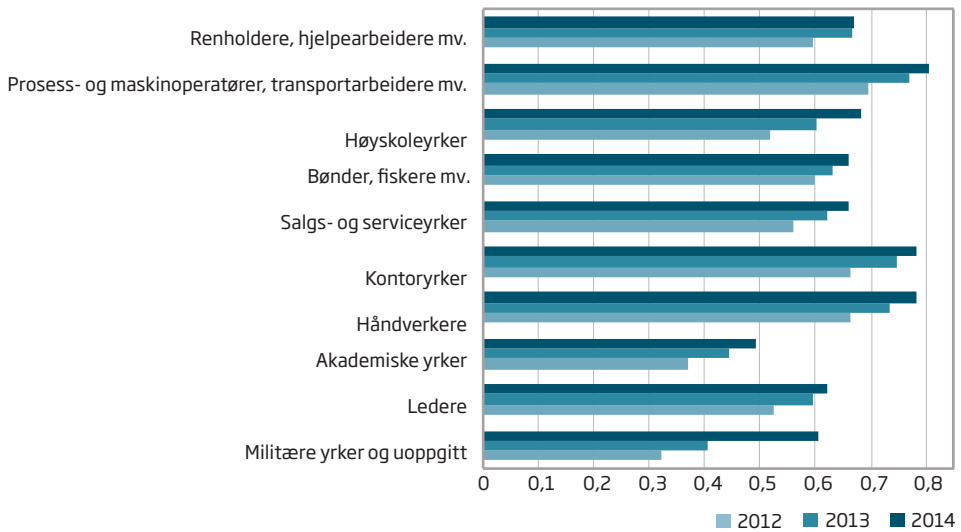
6.6.1 Uttak av alderspensjon

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 yrkesaktivitet skal økes med 12 måneder, sammenlignet med 2009.

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

Figurene over viser andelen kvinner og menn, 62-66-år, som har valgt å ta ut alderspensjon, blant de som oppfyller vilkårene for uttak. Personer som mottar etterlattepensjon, offentlig AFP, gammel AFP i privat sektor, eller mer enn 80 prosent uføretrygd er utelatt i disse tallene siden disse pensjonene ikke kan kombineres med uttak av alderspensjon. Personer uten tilstrekkelig høy pensjonsopptjening for uttak før 67 år er også utelatt.

Figurene viser fordeling etter yrke, det vil si yrket vedkommende var registrert med året før uttak av alderspensjon. Dette gjelder enten nåværende yrke (for de som ennå ikke har startet uttak av alderspensjon), eller yrket året før uttak (for de som har startet uttak av alderspensjon). Personer uten registrert arbeid før uttak av alderspensjon inngår ikke i tabellen.

Figurene over baserer seg på tall fra Arbeidstaker-/arbeidsgiverregisteret og NAVs pensjonsregister. Tallene omfatter kun registrerte arbeidstakere. Selvstendig næringsdrivende er ikke inkludert. Tallene baserer seg på innrapporterte arbeidsforhold fra arbeidsgivere og er usikre fordi kvaliteten på innrapporterte data varierer, derunder også i hvilken grad arbeidsgiver oppgir riktig yrkeskode.

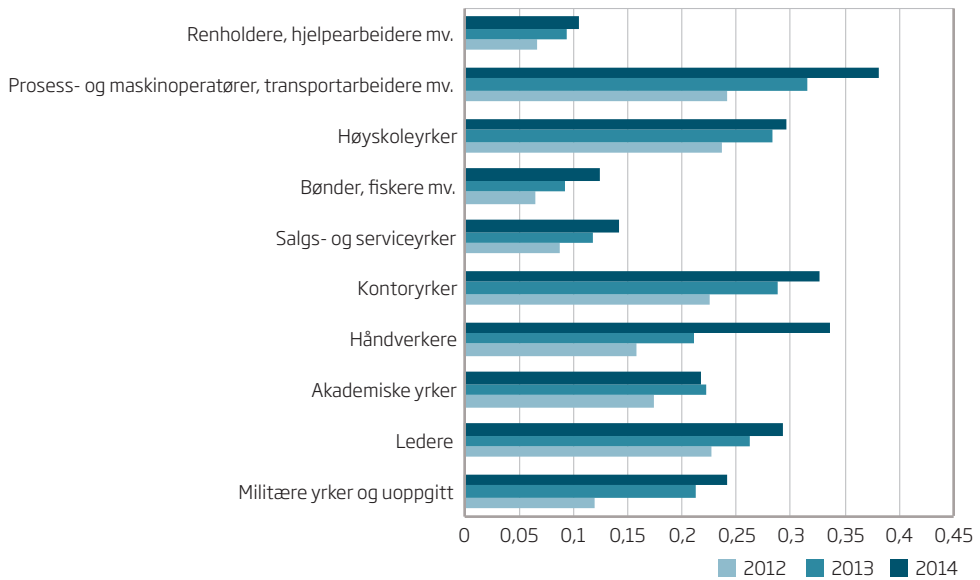
Antall alderspensjonister i aldersgruppen 62-66 år har totalt sett økt fra 57 000 ved utgangen av 2012 til 81 000 ved utgangen av 2014. Andelen som har tatt ut alderspensjon før 67 år av de som oppfyller vilkårene, har økt for alle yrker i perioden 2012-2014. Dette er i tråd med den generelle tendensen 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 aldersgruppa 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.

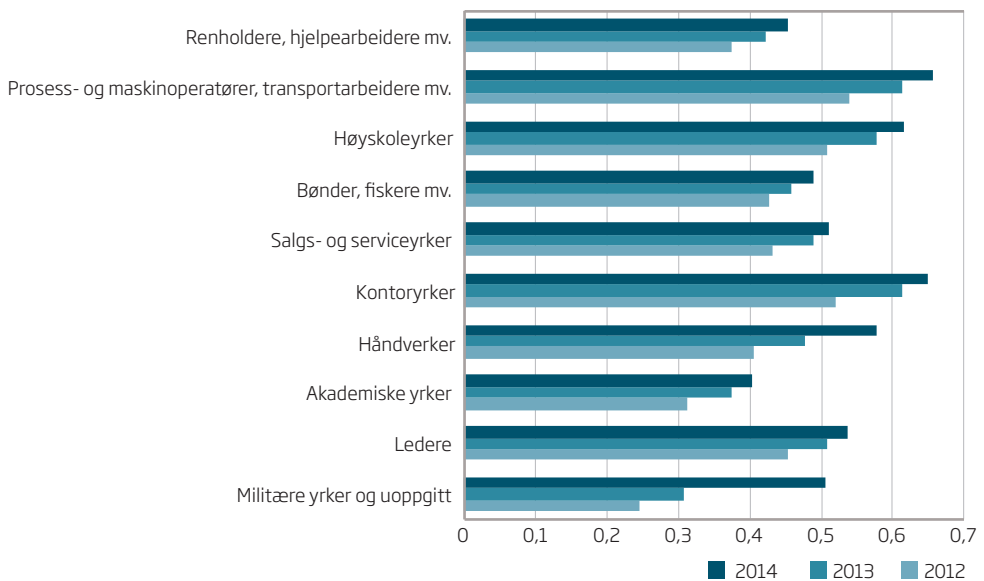
6.6.2 Kombinasjon av arbeid og alderspensjon

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 hadde kommet opp i 81 000 personer ved utgangen av 2014. Dette utgjør nesten 30 prosent av befolkningen i denne aldersgruppa.

Det nye pensjonssystemet legger opp til at man i større grad skal kunne kombinere arbeidsdeltagelse og pensjon – såkalt fleksibel alderspensjon. En evaluering gjennomført av Arbeids- og velferdsdirektoratet viser at svært mange benytter seg av denne muligheten etter at den ble innført i 2011. Men det er forskjeller mellom ulike yrkesgruppe når det gjelder bruken av ordningen – 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

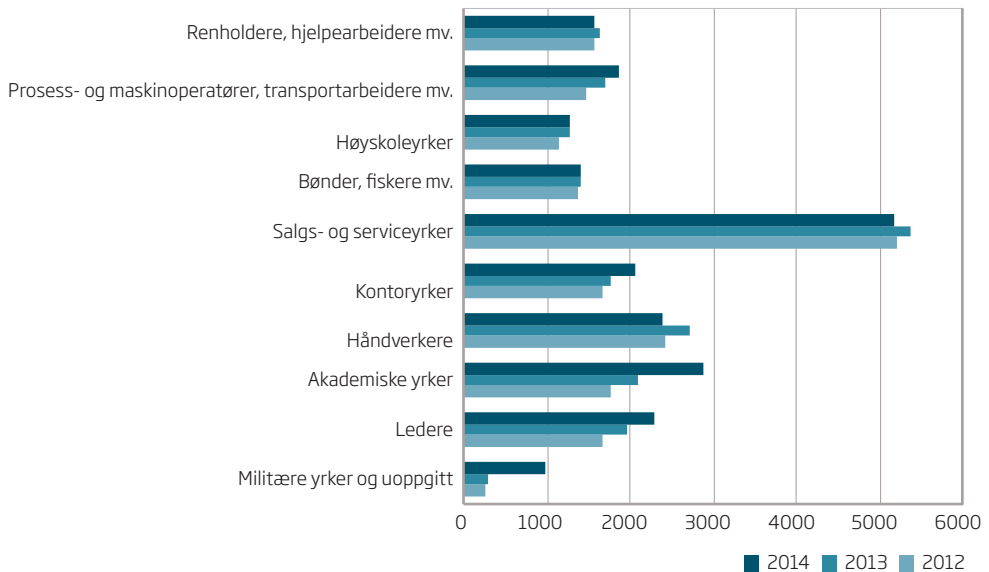
Figurene over viser at svært mange av tidligpensjonistene kombinerer alderspensjon og arbeid. Ved utgangen av 2014 gjaldt dette 51 000 personer. Andelen av arbeidstakerne i alderen 62-66 år som kombinerer arbeidsforholdet med uttak av alderspensjon har økt for alle yrker i perioden 2012-2014. Dette er i tråd med den generelle tendensen med sterk økning i uttak av alderspensjon

før 67 år. Forskjellen mellom yrkene kan bl.a. 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 aldersgruppa 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 er det 80-90 prosent av arbeidstakerne som kombinerer arbeid med alderspensjon.

6.6.3 Arbeidstakere over 70 år

Antall arbeidstakere i aldersgruppen 70 år og over har økt fra om lag 18 500 ved utgangen av 2012 til nesten 22 000 ved utgangen av 2014. Disse tallene er imidlertid usikre fordi Aa-registeret baserer seg på rapporteringer fra bedrifter om oppstart og opphør av arbeidsforhold. Det er en kjent kvalitetsutfordring av arbeidsgivere i blant glemmer å melde fra om arbeidsforhold som har opphørt. Dette kan få spesielt store konsekvenser for eldre aldersgrupper, der det i utgangspunktet er et lavt antall som er registrert i arbeid. Utviklingen over tid gir trolig likevel et godt bilde av situasjonen, selv om nivå-tallene for antall arbeidstakere trolig er noe overvurdert i disse tallene.



Figur 6-13. Antall registrerte arbeidstakere 70 år og over, etter yrke og kjønn. Tall ved utgangen av året.
Kilde: NAV

Vi finner spesielt stor økning for akademiske yrker, ledere og for gruppen prosess- og maskinoperatører, transportarbeider m.v. Gruppen som består av militære yrker og personer med uoppgitt yrke har en ekstrem økning i perioden, men dette er trolig ikke reelt og skyldes at det er flere arbeidstakere uten oppgitt yrkeskode i 2014 enn i tidligere år. Endringer i registreringspraksis blant arbeidsgiverne kan ha hatt betydning for utviklingen også for øvrige yrker.

Det er klart flere menn enn kvinner i arbeid over 70 år. For noen enkeltyrker som er spesielt kvinnedominerte finner vi likevel at det er flest kvinner i arbeid utover 70 år. Utviklingen varierer noe mellom yrkene.

Antall arbeidstakere over 70 år har økt med 18 prosent fra utgangen av 2012 til 2014. Befolkningen i aldersgruppen 70-74 år har til sammenligning økt med 13 prosent i samme periode.

7. Lokalt Folkehelsearbeid

Over 50 prosent av kommunene oppgir at de har løpende oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer for folkehelsen, mens rundt 25 prosent har forankret folkehelse i planer. Det har videre vært en økning i antall kommuner som har ansatt en egen folkehelsekoordinator.

Kommunen og fylkeskommunen er viktige aktører i arbeidet for å fremme folkehelse og for å utjevne sosiale helseforskjeller. De rår over en rekke virkemidler av betydning for folkehelsen. Tjenester og sektorer som utdanning, barnehage, kultur, helse/omsorg og samferdsel er viktige bidrag til en helsevennlig samfunnsutvikling som denne rapporten illustrerer. Kommunene og fylkeskommunene skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler den er tillagt, herunder lokal samfunnsutvikling, planlegging, forvaltning og tjenesteyting jf. Lov om folkehelsearbeid av 2011. Folkehelse-loven gir kommuner og fylkeskommuner et mer helhetlig ansvar for tverr-

sektorielt folkehelsearbeid. Systematikken i folkehelsearbeidet, jf. folkehelse-loven, legger vekt på:

- Oversikt over helsetilstanden
- Mål og strategier
- Folkehelse i planlegging
- Tiltak
- Evaluering

For å få til et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid er pådriverrollen for det tverrsektorielle arbeidet, ressurser og kompetanse sentralt. For at det tverrfaglige folkehelseperspektivet skal ivaretas i hele organisasjonen og i lokalsamfunnet, er forankring, ledelse og koordinering av arbeidet sentralt. Dette er premisser for et godt lokalt folkehelsearbeid. Helsedirektoratet er derfor opptatt av å følge med på hvordan folkehelsearbeidet prioriteres, ledes og organiseres. Dette er med å gi retning på statens understøtterolle for lokalt folkehelsearbeid.

7.1 Indikatorer på lokalt folkehelsearbeid i KOSTRA

KOSTRA er det nasjonale informasjonssystemet som gir styringsinformasjon om kommunal virksomhet. Informasjonen om (1) kommunale og fylkeskommunale tjenester, (2) bruk av ressurser på ulike tjenesteområder og (3) kjennetegn ved befolkningen, blir registrert og sammenstilt for å gi relevant informasjon til beslutningstakere i kommuner, fylkeskommuner og staten. Informasjonen skal gi bedre grunnlag for analyse, planlegging og styring i kommuner og fylkeskommuner, og gi grunnlag for å vurdere om nasjonale mål oppnås. Kommuner og fylkeskommuner rapporterer årlig gjennom KOSTRA.

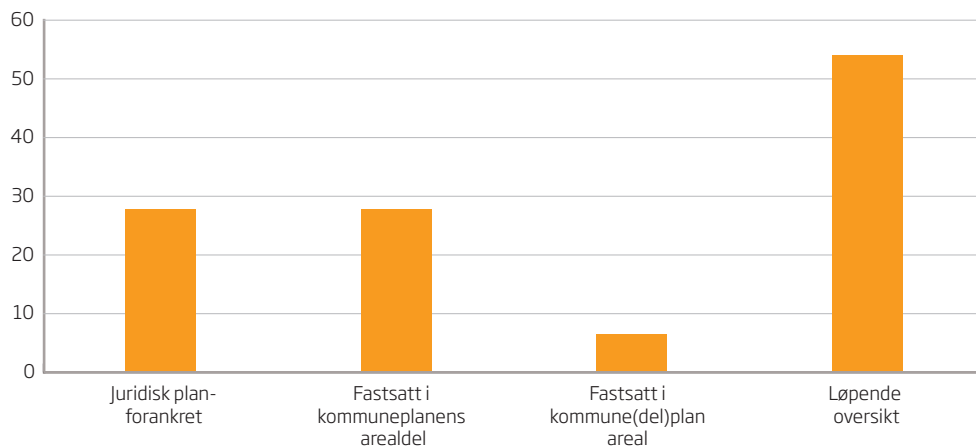
For 2013 ble det rapportert på kommuners og fylkeskommuners forankring av folkehelse i planer etter plan- og bygningsloven (andre del, kap. 3, 3-1 f). For 2014 inngår det i tillegg spørsmål om oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer for folkehelsen og om folkehelse er fastsatt i kommunens planer. For fylkeskommunene kan vi gjennom KOSTRA få svar på saksbehandling/koordinering av folkehelsearbeidet samt planer etter plan- og bygningsloven med spesielt fokus på folkehelsen.

Det er behov for bedre forankring og en omforent holdning til bruk av KOSTRA for å samle informasjon om kommunalt folkehelsearbeid. Videreutvikling av spørsmål og veiledning til rapporteringsskjemaene er en viktig utviklingsoppgave for Helsedirektoratet i samarbeid med SSB, KS, og andre statlige aktører.

Foreløpige indikatorer i KOSTRA er:

For kommunen:

- «Har kommunen løpende oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer for folkehelse?» (ja/nei)
- Hvis folkehelse er fastsatt i gjeldende plan eller generelle bestemmelser, oppgi tema i de ulike plantyper.



Figur 7-1 Andel kommuner der folkehelse er juridisk planforankret; fastsatt i kommuneplanens arealdel; og/eller fastsatt i kommune(del)plan areal; og andel kommuner som har løpende oversikt over folkehelse og påvirkningsfaktorer, 2014. Prosent. Kilde: Kostra/SSB

Over 50 prosent av kommunene oppgir at de har løpende oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer for folkehelsen, mens ca. 25 prosent har forankret folkehelse i planer. Det stemmer godt med tendensen som fremkommer i Riksrevisjonen og Helsetilsynets undersøkelser av kommunenes arbeid med det systematiske folkehelsearbeidet etter folkehelseloven, som blir omtalt senere i dette kapitlet.

For fylkeskommunen

- «Har fylkeskommunen en gjeldende plan etter plan- og bygningsloven med spesielt fokus på (flere alternativer a-l) innen Folkehelse?»
Ja/nei svar
- Hvor mange årsverk har fylkeskommunen brukt til koordinering av folkehelsearbeidet?»

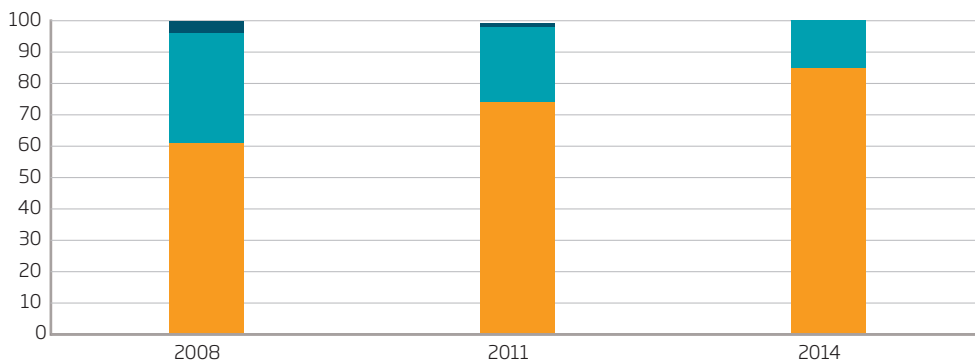
	Antall årsverk til koordinering av folkehelsearbeid	Har fylkes-kommunen en gjeldende plan for folkehelse?	Hvilket år ble det sist vedtatt / revidert plan for folkehelse?
Oslo	10,0	0	
Nordland	7,0	0	
Østfold	5,0	1	2011
Hordaland	3,0	1	2014
Hedmark	2,6	0	
Buskerud	2,5	0	
Vestfold	2,5	1	2011
Vest-Agder	2,0	0	
Akershus	1,0	1	2011
Aust-Agder	1,0	0	
Møre og Romsdal	1,0	1	2013
Sør-Trøndelag	1,0	1	2014
Troms	1,0	0	
Finnmark	1,0	0	
Sogn og Fjordane	0,5	0	
Nord-Trøndelag	0,3	0	
Oppland		1	2012
Telemark		0	
Rogaland		1	2012

Tallene viser at er det store variasjoner i forhold til ressurser og kapasitet til koordinering av folkehelsearbeidet i fylkeskommunene. Vi kjenner også til at både Oppland, Telemark og Rogaland har folkehelsekoordinatorer, så her kan det tyde på at oversikten er noe mangelfull. I tillegg tyder tabellen på at mange av fylkene ikke har egne planer for folkehelseområdet. Dette betyr ikke at fylkene mangler planer som prioriterer folkehelse, men at de ikke har trukket ut folkehelse som tema for egne planer. Det er heller ikke noe krav i folkehelse-loven om egne folkehelseplaner.

7.2 Kartlegginger av lokalt folkehelsearbeid

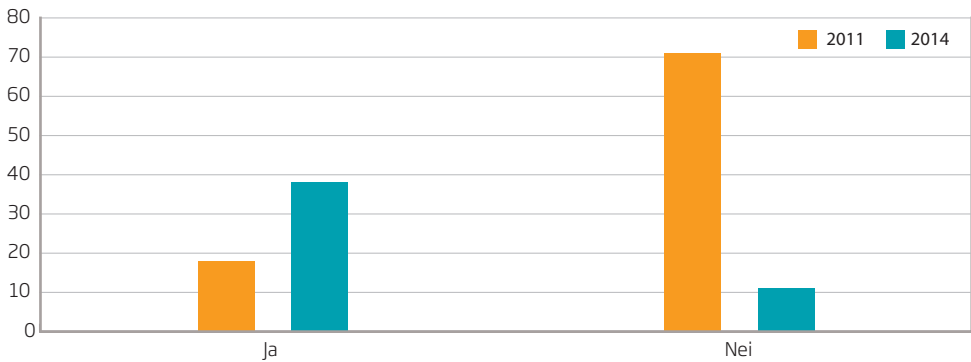
Flere fagmiljøer har fulgt kommunenes og fylkeskommunenes arbeid med folkehelse, bl.a. som oppfølging av folkehelseloven og samhandlingsreformen. Disse rapportene viser utvikling av fagområdet og gir et bilde av status for lokalt folkehelsearbeid i dag.

NIBR (Norsk institutt for by- og regionforskning) gjennomførte på oppdrag fra Helsedirektoratet i 2011 baselineundersøkelsen «Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering». Samtidig iverksatte Norges Forskningsråd følgeforskning knyttet til samhandlingsreformen hvor de også fulgte kommunenes arbeid med bl.a. oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer samt ressurser knyttet til koordinering av folkehelsearbeidet (EVASAM 2014). Fra deres undersøkelser, ser vi en økning i andelen kommuner som har utarbeidet oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer samt antall kommuner som har ansatt folkehelsekoordinator.



Figur 7-2 Andel kommuner med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Prosent. 2011 og 2014. Kilde: NIBR Rapport 2014:21

Arbeidet med løpende oversikt og oversiktsdokument ble tydeliggjort i folkehelseloven av 2011, det er derfor i tråd med forventninger og andre kartlegginger, at tendensen viser en økning i antall kommuner som har utviklet eller er i ferd med å utvikle oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer.



Figur 7-3 Andel kommuner med ansatt folkehelsekoordinator. 2008, 2011 og 2014. Prosent.
Kilde: NIBR Rapport 2014:21

I likhet med økning av innsats og ressurser til løpende oversiktsarbeid, viser undersøkelsen at kommunene i økende grad ansetter folkehelsekoordinatorer. Dette er et sentralt tiltak for å arbeide med folkehelse i alle sektorer og sørge for at perspektivet utvikles og ivaretas av kommunen som sådan.

I juni 2015 utga NOVA en rapport basert på en delstudie av «Prosessevaluering av Samhandlingsreformen: Forebyggende helsearbeid i kommunene». Rapporten belyser hvorvidt samhandlingsreformen har påvirket prioritering og koordinering innenfor det kommunale forebyggende helsearbeidet i perioden 2013-2015. Det kommunale planverket, organisering og ressursbruk samt utforming av folkehelseiltak har vært fokusområdene.

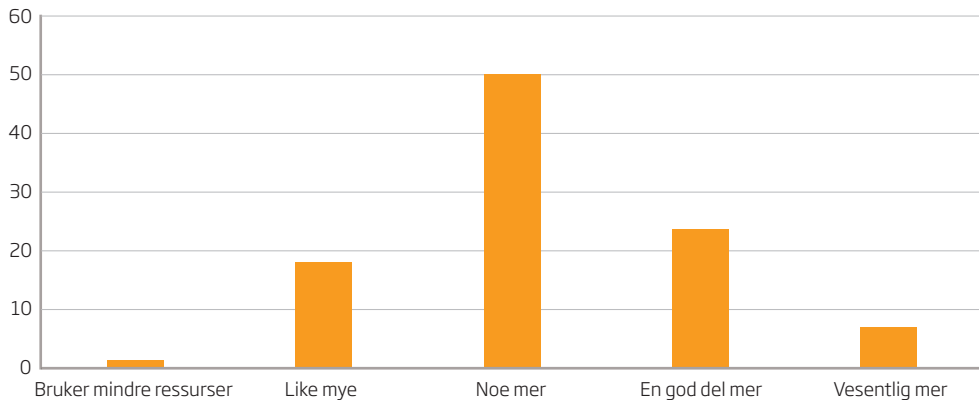
Rapportens hovedfunn er at Samhandlingsreformen med Folkehelseloven har:

- Bidratt til at folkehelse i økende grad forankres i det kommunale planverket
- Økt kommunenes bruk av ressurser på organisering og planlegging av folkehelsearbeidet
- Hatt begrenset betydning for kommunenes tverrsektorielle folkehelsearbeid
- Bidratt til en bredere forståelse av folkehelseiltak

Oversikt over indikatorer som nevnes i kommunenes planverk i 2014	Andel ja (prosent)
Nevnes kommunens folkehelseprofil?	66,7
Nevnes kommunens utfordringer/problemområder i folkehelseprofilen?	55,5
Gis det en oversikt over befolkningens helsetilstand basert på kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene?	3,7
Gis det en oversikt over faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse?	18,5
Nevnes interkommunalt samarbeid i forbindelse med folkehelsearbeidet?	55,5
Nevnes det at kommunen har/skal etablere lærings- og mestringskurs el. skal iverksette andre folkehelse tiltak til ulike grupper av befolkningen?	37,0
Nevnes det at kommunen har eller skal starte med å tilby frisklivssentral	44,4
Nevnes tiltak eller strategier for å utvide sykkelveier og tur- og gangveier?	48,1
Nevnes konkrete tiltak for å sikre universell utforming?	44,4
Refereres det til egen folkehelseplan i kommunen?	44,4
Nevnes tverrsektorielt folkehelsearbeid i kommunen?	48,1

NOVA, Rapport 6/15, «Prosessevaluering av Samhandlingsreformen: Forebyggende helsearbeid i kommunene»

Kommunenes ressursbruk på det systematiske folkehelsearbeidet kan si oss noe om prioriteringen av arbeidet. Det gir oss en indikasjon på ressurser og samarbeid mellom sektorer, og hvordan folkehelse prioriteres i et samfunns-utviklingsperspektiv.



Figur 7-4 Kommunenes ressursbruk på forebyggende helsearbeid i dag sammenliknet med for fem år siden, andeler (prosent). N=72. Kilde: Kommuneundersøkelsen 2014

Rapporten og tabellene viser samme tendens som de øvrige rapportene nevnt ovenfor, inklusiv KOSTRA, at det er en sterkere forankring av folkehelse i det kommunale planverket og at det er en økning i kommunens ressursbruk på folkehelse.

7.3 Tilsyn og revisjon

7.3.1 Helsetilsynet - landsomfattende tilsyn med folkehelseloven

I Rapport fra Helsetilsynet, mai 2015, oppsummeres det første landsomfattende tilsynet med arbeidet i kommunene med løpende oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer etter folkehelseloven. Tilsynet ble gjennomført høsten 2014. Fylkesmannen gjennomførte tilsyn i 50 kommuner.

Tilsynet fant at:

- Mange kommuner har kommet i gang med et løpende oversiktsarbeid, men det varierte hvor langt de var kommet i selve gjennomføringen.
- God forankring i ledelsen må være på plass for at et løpende oversiktsarbeid skal komme i gang.
- Tilsynet var et nyttig bidrag til at oversiktsarbeidet i kommunene kom i gang og ble utviklet videre.

15 av 50 kommuner hadde ikke kommet i gang med løpende oversiktsarbeid. Kjennetegn på kommuner som ikke hadde kommet i gang var:

- At det ikke var forankret i ledelsen i kommunen
- Det var ikke lagt til rette for at arbeidet kunne gjøres som en aktivitet på tvers av sektorene i kommunen.
- Det manglet tydelig ansvars- og oppgavefordeling i kommuneadministrasjonen og i de enkelte sektorene.
- Kommunene hadde ikke tatt stilling til hvilke forhold man skulle følge med på for å ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og hvilke faktorer som påvirket helsetilstanden.
- I noen kommuner var opplegg for et løpende oversiktsarbeid omtalt i planverket, uten at dette var fulgt opp i praksis.

35 av 50 kommuner var i gang med løpende oversikt, og kjennetegn for disse var:

- Styrende dokumenter, planverk og tiltak som var satt i gang på grunnlag av planene viste at kommunene hadde mye oppmerksomhet på folkehelsearbeidet. Alle deler av folkehelsearbeidet var forankret i kommuneledelsen.
- Kommunene hadde etablert, eller var i ferd med å etablere, tverrsektorielle arbeidsgrupper/styringsgrupper for å samordne folkehelsearbeidet.
- Kommunene hadde stort sett avklart personell- og faglig kompetansebehov for å kunne gjennomføre arbeidet.
- Kommunene hadde stort sett mye informasjon om aktuelle og lokale forhold som kunne påvirke helsetilstanden hos sårbare grupper i befolkningen.
- Flere av kommunene hadde begynt, og noen var også ferdige, med et samlet oversiktsdokument.
- Ett forbedringsområde som ble påpekt i mange av vurderingene, var knyttet til innhenting av lokal kunnskap. Her har kommunene mye arbeid igjen når det gjelder å samle relevant informasjon fra egne sektorer.

Målet med tilsynet var å påse at kommuner som ikke hadde satt i gang et systematisk, løpende oversiktsarbeid, kom i gang med dette og bidra til at kommuner som hadde startet opp det løpende oversiktsarbeidet, videreutviklet dette.

7.3.2 Riksrevisjonen - undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid

I 2014 gjennomførte Riksrevisjonen en undersøkelse av det kommunale, regionale og statlige folkehelsearbeidet. Formålet med undersøkelsen var:

«... å vurdere i hvilken grad kommunenes og fylkeskommunenes folkehelsearbeid er systematisk og langsiktig, og i hvilken utstrekning de statlige virkemidlene understøtter folkehelsearbeidet lokalt og regionalt.» Riksrevisjonen, Dokument 3:11 (2014-2015)

Hovedfunn fra rapporten viser at

- De fleste kommunene har foreløpig ikke etablert et systematisk folkehelsearbeid (oversikt, mål og plan, tiltak, evaluering).
- Arbeidet med folkehelse og folkehelseiltak er ikke tilstrekkelig kunnskapsbasert.
- Folkehelsearbeidet er ikke godt nok forankret i sektorer utenfor helse.
- Det er behov for å styrke oppfølgingen av det kommunale folkehelsearbeidet.
- Et stort flertall av kommunene gir uttrykk for at de har behov for klarere nasjonale føringer og retningslinjer som konkretiserer hva godt folkehelsearbeid innebærer, og at bredden i arbeidet er krevende å håndtere. Kommunene som har kommet kort med oversiktsarbeidet oppgir manglende kapasitet og kompetanse som viktige årsaker til dette. I tillegg mangler kommunene kunnskap på områder som har relevans for folkehelsen.

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet:

- bidrar med tettere oppfølging og tiltak som understøtter det lokale og regionale folkehelsearbeidet, særlig overfor kommuner som er kommet kort i det systematiske arbeidet.
- legger til rette for økt kunnskap om folkehelse og hva som er effektive folkehelseiltak, både gjennom forskning og ved formidling av erfaringsbasert kunnskap i kommunene.
- styrker arbeidet med å forankre folkehelse på tvers av sektorer, bl.a. gjennom å synliggjøre helsekonsekvenser og legge til rette for at sektormyndigheter utenfor helse i større grad deltar i folkehelsearbeidet.

7.4 Arbeid med å understøtte lokalt folkehelsearbeid

Anbefalingene fra Riksrevisjonen er i tråd med de utfordringene som er beskrevet i Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen. Regjeringen vil derfor legge vekt på å styrke kunnskapsgrunnlaget, bistå til implementeringen av folkehelseoven i kommunene og styrke arbeidet med å forankre folkehelse på tvers av sektorer

Regjeringen vil bl.a. trappe opp innsatsen og videreutvikle nasjonale tiltak for å støtte det lokale folkehelsearbeidet gjennom sterkere faglig støtte til kommunen og videreutvikling av arbeidet med å spre metoder og verktøy. Helsedirektoratet skal bl.a. videreutvikle veiviserne i lokalt folkehelsearbeid, som praktisk hjelpemiddel til kommunenes tverrsektorielle folkehelsearbeid, for å gjøre folkehelsearbeidet kunnskapsbasert og systematisk. Meldingen varsler også at vi vil bygge opp kunnskap om implementering i kommunene og legge til rette for mer systematisk evaluering av tiltak og formidling av god praksis.

8. Referanser

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

Arbeids- og velferdsdirektoratet 2015. Arbeid og velferd nr.1/2015 (ISSN-1504-8217)

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)

Barne-, ungdoms - og familiedirektoratet 2014. Sluttrapport for regjeringens handlingsplan for universell utforming og økt tilgjengelighet 2009-2013. Deltasenteret

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)

Bru 2011. Emosjonelt sårbare og sosialt passive elever. In 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)

Claussen, 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))

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap 2014. Kommuneundersøkelsen 2014. Status for Samfunnssikkerhets- og beredskapsarbeid i kommunen.

Dølvik, Fløtten, Hippe og Jordfald 2014. Den nordiske modellen mot 2030 - Et nytt kapittel? *Fafo* (Fafo-rapport 2014:46)

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)

Eurostat Yearbook 2014 (ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Europe_in_figures_-_Eurostat_yearbook)

Folkehelseinstituttet 2014. Helserisiko ved bruk av snus

Folkehelseinstituttet 2014b. Sosial støtte og ensomhet. Faktaark. (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)

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

Gjelsvik 2004. Utredning av de samfunnsmessige kostnadene relatert til alkohol. Notatserie i helseøkonomi. Røkkansenteret 07/04

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)

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, 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
- 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 2015. Meld.St.19 (2014-2015) Folkehelse-meldingen. Mestring og muligheter.
- Helse- og omsorgsdepartementet 2013. Meld.St.34 (2012-2013) Folkehelse-meldingen. God helse - felles ansvar.
- Helsedirektoratet 2009. Evaluering av miljørettet helseverntjeneste i kommunene (IS-1633)
- 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 2015. Fysisk aktivitet og sedat tid blant voksne og eldre i Norge - nasjonal kartlegging 2014-2015 (IS-2367)
- Helsedirektoratet 2015b. Trivsel i skolen (IS-2345)
- Helsetilsynet 2015. Med blick for bedre folkehelse. Oppsummering av landsomfattande tilsyn i 2014 med arbeidet i kommunane med løpande oversikt over helsetilstanden til befolkninga og påverknadsfaktorar etter folkehelselova.
- HEMIL-senteret 2014. Resultat fra undersøkelsen «Helsevaner blant skoleelever. En WHO-undersøkelse i flere land». Universitetet i Bergen
- 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
- Karasek og Töres 1990. Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic books
- Klima- og miljødepartementet 2014. Prop. 1 S (2014 - 2015)
- Kulturdepartementet 2012. Meld. St. 26 (2011-2012) Den norske idrettsmodellen
- Lie og Nesvåg 2004. Rusmiddelbruk blant ansatte i norsk privat næringsliv. Nordisk alkohol og narkotikatidsskrift (2)
- Løset og Veenstra 2015. Prosessevaluering av Samhandlingsreformen: Forebyggende helsearbeid i kommunene. Norsk institutt for forskning om oppvekts, velferd og aldring (NOVA). NOVA Rapport 6/2015
- Major, Dalgard og Mathisen 2011. Bedre føre var... Psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Folkehelseinstituttet (Rapport 2011:1)
- Marzano 2009. Classroom management that works - research based strategies for every teacher. New Jersey: Pearson Education Inc
- Moan 2014. Arbeidstakeres alkoholbruk og konsekvenser for arbeidslivet: Sykefravær, nedsatt yteevne, ulykker og arbeidsledighet i «Alkohol + arbeidsliv = sant? En vitenskapelig antologi», red. Sagvaag og Sikveland (s 203 - 213). Gyldendal Akademisk
- Moan, Schou og Storvoll 2014. Alcohol-related sickness absence among young employees: Gender differences and the prevention paradox. European Journal of Public Health 2014 (Volum 24.(3) s. 480-485).
- 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)
- Politidirektoratet 2015. En analyse av barne- og ungdomskriminaliteten i Norge. Rapport basert på registrert kriminalitet 2010-2014

- Public Health England 2014. Local action on health inequalities: Improving access to green spaces. UCL Institute of Health Equity. (www.instituteofhealthequity.org/projects/improving-access-to-green-spaces)
- 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)
- Ruhm og Waldfogel 2012. Long-term effects of early childhood care and education. Nordic Economic Policy Review 1/2012. Nordisk ministerråd
- Samferdselsdepartementet 2013. Meld.St.26 (2012-2013) Nasjonal transportplan 2014-2023
- Saxebøl og Olerud 2014. Strålebruk i Norge. Nyttig bruk og godt strålevern for samfunn, menneske og miljø. StrålevernRapport 2014:2, Statens strålevern
- 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 vegvesen 2015. Tiltak for bedre luft. Tilgjengelig fra: www.vegvesen.no/Fag/Fokusomrader/Miljo+og+omgivelser/Forurensning/Luft/Tiltak+for+bedre+luft
- Statens vegvesen 2015b. Trafikksikkerhetsutviklingen 2014. Oppfølging av nasjonal tiltaksplan for trafikksikkerhet på veg 2014-2017
- Statens vegvesen 2014. Handlingsprogram 2014-2017 (2023). Oppfølging av Meld.St.26 (2012-2013) Nasjonal transportplan 2014-2023.
- Statistisk sentralbyrå 2015. Nøkkeltall for offentlig sektor

Statistisk sentralbyrå 2015. Arbeidskraftundersøkelsen

Statistisk sentralbyrå 2014. Sysselsetting blant innvandrere

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

Utdanningsdirektoratet 2015. Elevundersøkelsen 2014/2015

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

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