

Sektorrapport om folkehelse 2021

Først publisert: 20.10.2021

Sist faglig oppdatert: 20.10.2021



Innhold

1. Helsedirektørens innledning	3
2. Økonomiske levekår	5
3. Sosial støtte, deltakelse og medvirkning ...	16
4. Trygge og helsefremmende miljøer	39
5. Sunne valg	76
6. Oppvekst	103
7. Arbeidsliv	128
8. Lokalt folkehelsearbeid	153

Helsedirektørens innledning

Denne rapporten presenterer en oversikt over utviklingstrekk i samfunnet som påvirker befolkningens helse og hvordan helse er fordelt mellom grupper i samfunnet. Rapporten inngår i det systematiske folkehelsearbeidet på nasjonalt nivå, og vil utgjøre en del av grunnlaget for regjeringens neste stortingsmelding om folkehelse. Helsedirektoratet har ifølge folkehelseloven et ansvar for å følge med på forhold som påvirker folkehelsen og bidra til å iverksette nasjonal politikk på folkehelseområdet. Det er særlig viktig å følge med på områder som lar seg påvirke av politiske veivalg og prioriteringer.

Siden forrige utgave av denne sektorrapporten, [Folkehelsepolitisk rapport 2017](#), har vi vært rammet av en pandemi som har satt både verdenssamfunnet og hver enkelt nasjon på prøve. Covid-19-pandemien og alle tiltakene som ble iverksatt fikk umiddelbar virkning på samfunnsområder som arbeidsliv og utdanning, ved siden av helse. Rapporten inneholder nye data fra noen av disse områdene, mens det for andre områder ikke har vært mulig å skaffe data som er nyere enn fra 2019. Det blir i årene fremover viktig å følge med på og fortløpende vurdere tiltak som retter seg mot de langsiktige effektene av pandemien og pandemiltakene på barn og ungdoms utvikling spesielt, og befolkningens levekår og levevaner generelt. Etterdønningene av covid-19 kan bli tydeligere etter hvert, eller det kan også vise seg at virkningene av covid-19 har vært mer forbigående. Dette vil også avspeile politikken som føres og tiltakene som iverksettes.

Så langt har Norge greid seg relativt bra gjennom covid-19-pandemien, sammenliknet med andre land. Vi tror tillit mellom befolkning og myndigheter, og mellom grupper i befolkningen har spilt en vesentlig rolle. Tillitten øker med et relativt høyt utdanningsnivå og når vi har forholdsvis små sosiale forskjeller. I tillegg spiller demografi og befolkningens generelle helse inn. I Norge har vi et godt utbygd helse- og velferdssystem som ivaretar befolkningens helse og trivsel. Dette bygger også opp om befolkningens helsekompetanse, og setter enkeltpersoner i stand til å gjøre gode prioriteringer og valg som har betydning for egen helse.

Selv om samfunnet vårt preges av en likhetstankegang, har covid-19-krisen også satt søkelyset på tendensen vi har sett i de siste årene med større grad av sosiale forskjeller. Fortsetter denne utviklingen kan den grunnleggende tillitten i samfunnet bli rokket ved. Økt barnefattigdom har lenge hatt oppmerksomhet. Likevel har andelen barn som vokser opp i lavinntektsfamilier økt. Dette henger sammen med innvandring og integrering, men også samfunnets økonomiske prioriteringer, inntektsfordeling, arbeidsledighet og generell utsatthet.

Med flere eldre er det viktig å legge til rette for et aldersvennlig samfunn med en helse- og omsorgstjeneste og et godt og trygt nærmiljø som tar hensyn til boligutvikling, gode møteplasser, tilgang til grøntarealer og nærturterreng. På den måten kan man styrke trivsel og selvhjelpenhet. Både fra et samfunnsøkonomisk og folkehelsepolitisk perspektiv er det ønskelig å motvirke frafall fra arbeidslivet. Da er det viktig å ivareta alle arbeidstakere gjennom å tilrettelegge for gode og trygge arbeidsmiljø. Det er store forskjeller i befolkningen når det gjelder arbeidslivsbelastninger og risiko for arbeidsledighet. Forskjellene henger sammen med utdanningsbakgrunn og type arbeid. Dette påvirker igjen helse og livslengde.

Klimaendringer påvirker folkehelse via hendelser som ekstremvær, flom, tørke, hete og branner, men også via endringer i insektbårne sykdommer, vannbårne sykdommer, samt utbredelse av pollen og andre allergener. Klimaendringene gir konsekvenser både for folkehelse, hvordan vi leverer helsetjenester, og hvilken beredskap vi trenger, ikke minst globalt, men også i Norge. Det blir stadig viktigere å følge med på relevante indikatorer på dette området framover.

Folkehelseutviklingen i Norge avhenger av hvordan vi som samfunn tar fatt i utfordringene som det pekes på i denne rapporten og hvilke politiske veivalg og prioriteringer som blir gjort. Et samfunn bygd på små sosiale

forskjeller der både kunnskap, ressurser og helse er jevnt fordelt bygger opp om tilliten i samfunnet. Denne tilliten er en forutsetning for utviklingen av et bærekraftig samfunn der vi kan møte utfordringene vi står overfor på en god måte.

Rapporten består av sju kapitler som tar for seg ulike samfunnsområder der politikken som føres og prioriteringene som blir gjort påvirker folkehelsen. Hvert kapittel har et innledende sammendrag.

Til slutt vil jeg takke alle våre eksterne samarbeidspartnere som har kommet med verdifulle bidrag til rapporten.

God lesning,
Bjørn Guldvog

Bidragsytere

Følgende departement/direktorat og nasjonale fagmiljøer har bidratt til rapporten med oppdaterte tall og figurer, samt levert skriftlige analyser innen sine fagområder:

- Arbeids – og velferdsdirektoratet
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
- Folkehelseinstituttet
- Integrerings - og mangfoldsdirektoratet
- Politidirektoratet
- Kulturdepartementet
- Miljødirektoratet
- Statens arbeidsmiljøinstitutt
- Statens strålevern
- Statistisk sentralbyrå
- Utdanningsdirektoratet
- Vegdirektoratet
- Husbanken
- Velferdsforskningsinstituttet NOVA OsloMet

Økonomiske levekår

Inntektsulikhetene i Norge har vært forholdsvis stabile de siste årene, og i internasjonal sammenheng er de relativt små. Innenlands er det imidlertid stor regionale forskjeller mellom fylkene; Sogn og Fjordane og Nordland har minst inntektsforskjeller, mens Akershus og særlig Oslo har klart størst. Nederst på inntektsskalaen har *andelen med vedvarende lavinntekt* økt de siste årene, og lavinntektspopulasjonen har over tid blitt vesentlig yngre. En vesentlig og stadig økende andel i gruppen *barn med vedvarende lavinntekt* er enten innvandrere eller barn av innvandrere.

Husholdningenes samlede formue er svært skjevt fordelt i Norge: den mest formuende tiendedelen av husholdningene disponerer over halvparten av den samlede formuen i landet, mens den minst formuende halvparten av husholdningene disponerer så å si ingenting. Andelen av husholdninger med mye gjeld (mer enn tre ganger inntekten) har økt betraktelig det siste tiåret.

1.1

Sammenhenger mellom økonomi og helse

Statistisk sett blir helsen i befolkningen gradvis bedre med økende inntekt. For eksempel var forventet levealder for 40-årige norske menn nesten 14 år lenger blant de 1 prosent rikeste sammenliknet med den fattigste prosenten. Forskjellen i andeler som rapporterer om helseproblemer mellom den rikeste og fattigste tidelen i befolkningen, er på 20-25 prosentpoeng¹.

Det finnes flere forklaringer på sammenhengen mellom inntekt og helse². 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 inntektsulikhet i seg selv skadelig for folkehelse, fordi det medfører mindre samhold og solidaritet, mer kriminalitet osv. Et samfunn med store inntektsulikheter vil ifølge 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 seleksjon eller sosial mobilitet: dårligere helse medfører lavere inntekt. For eksempel vil en arbeidstaker som av helsemessige grunner går over på uførepensjon, 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.

Det kurvelineære forholdet mellom inntekt og helse innebærer i teorien at omfordeling av inntekt fra rike til fattige vil øke befolkningens gjennomsnittshelse. Sett at vi fra en relativt rik person overfører en gitt sum til en relativt fattig person. Den rike personen ender med en lavere inntekt, men et beskjedent helsetap, siden sammenhengen mellom inntekt og helse er forholdsvis svak øverst i inntektshierarkiet. Den fattige personen ender med tilsvarende høyere inntekt, men en vesentlig helsegevinst, siden sammenhengen nederst i inntektshierarkiet er sterk. Siden den fattige tjener mer helse enn den rike taper, øker gjennomsnittshelsen i befolkningen.

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

Dette kapitlet viser utviklingen i ulike indikatorer på inntektsforskjeller, lavinntekt (fattigdom) og fordeling av formue, i hovedsak fram til inntektsåret 2019. Vi kan dermed ikke se eventuelle effekter av koronatiltak i disse tallene. Det er lagt vekt på å videreføre tidsserier fra tidligere rapporter, og indikatorsettet er dermed i all hovedsak det samme som i forrige utgave av Folkehelsepolitisk rapport (2017).

¹ Anders Barstad (2020): Økonomi, helse og livskvalitet. En analyse av Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017 (Rapporter 2020/29). Oslo: Statistisk sentralbyrå

² Dahl, Bergsli og Wel (2014): Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt, Høgskolen i Oslo og Akershus, s. 226-229.

1.2

Inntektsfordeling

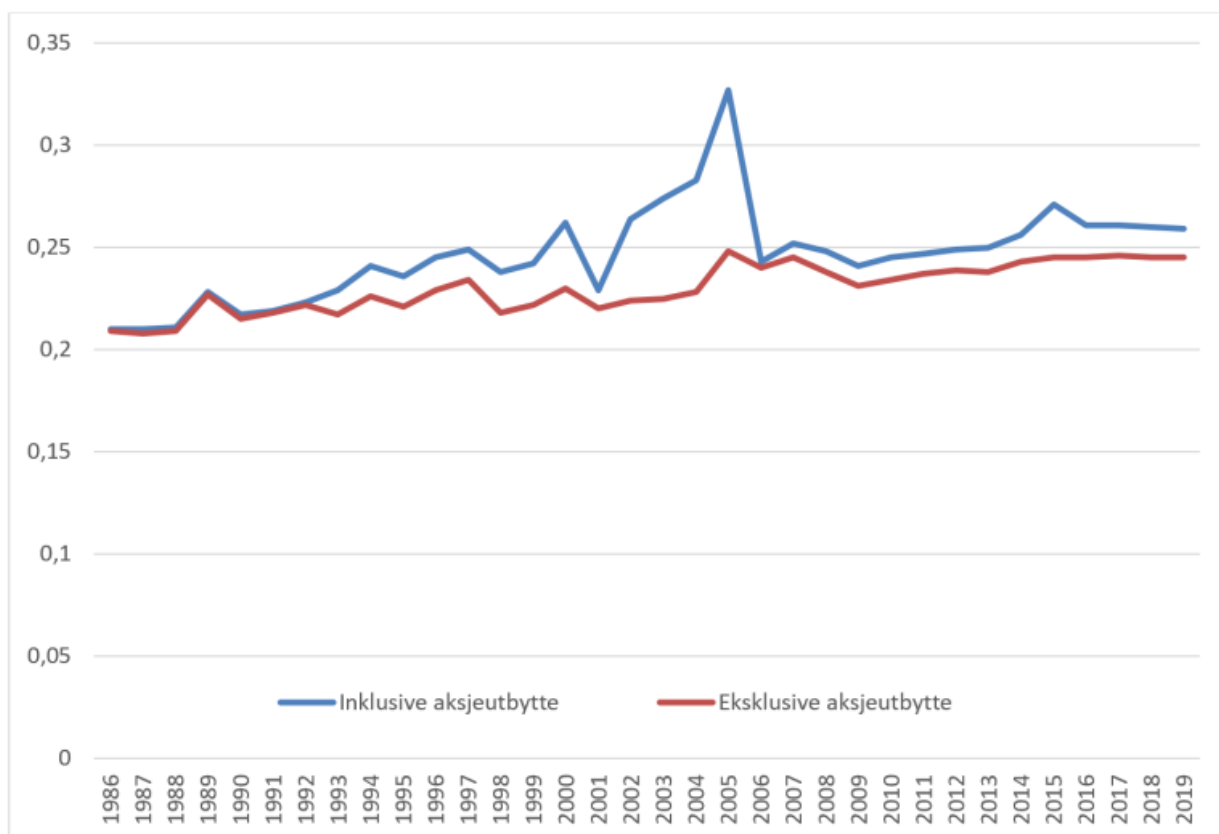
1.2.1 Inntektsulikhet i Norge

Det er flere måter å måle inntektsulikheter på. Gini-koeffisienten er kanskje den mest brukte. Den summerer inntektsforskjeller gjennom hele inntektshierarkiet, men sier ikke så mye om hvor i inntektshierarkiet ulikhetene befinner seg. For å følge utviklingen i inntektsfordelingen i befolkningen bruker vi her 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 forrige utgave av Folkehelsepolitisk rapport.

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 1-1 viser utviklingen i den norske Gini-koeffisienten siden 1986, inklusive (blå linje) og eksklusive (rød linje) aksjeutbytte.



Figur 1-1. Utviklingen i inntektsulikhet målt ved Gini-koeffisienten. Innkomst etter skatt per forbruksenhet (EU-skala), studenter ekskludert. 1986-2019. Kilde: SSB, Inntektsstatistikk for husholdninger

Totalt i perioden viser utviklingen en økende ulikhet, men perioden er preget av svingninger. Ulikheten økte jevnt fra 1986 og fram til om lag 2000. Deretter skjedde en stor økning i ulikheten mellom 2001 og 2005, før ulikheten falt betydelig i 2006. Denne utviklingen skyldes i stor grad endringer i reglene for skatt på aksjeutbytte. I 2006 ble det innført skatt på mottatt utbytte, noe som førte til at mange tok ut store skattefrie utbytter i årene før. Siden nesten alt utbytte mottas av husholdningene i toppen av fordelingen, førte dette til økt ulikhet. Etter innføring av skatt på utbytte falt ulikheten fram til 2009. Etter dette har ulikheten på nytt økt fram til 2015 og siden flatet ut.

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.

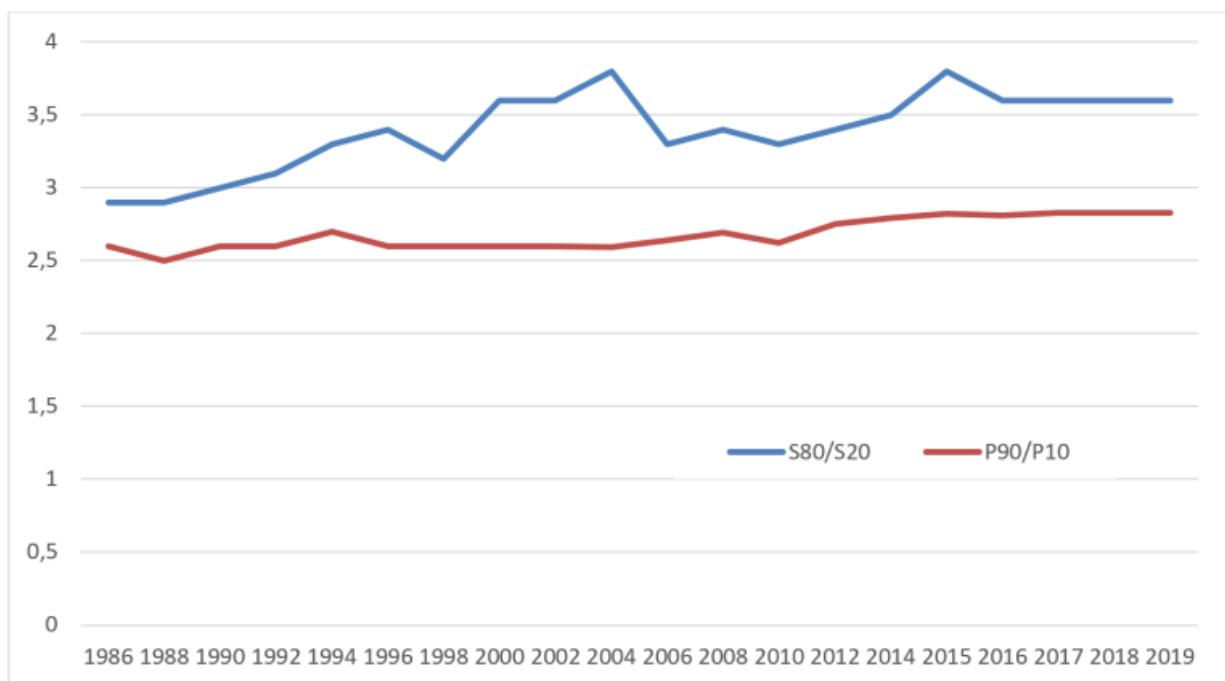
I et levekårsperspektiv er det individet som er den beste telle-enhet, ikke husholdningen. Den korrigerte husholdningsinntekten blir derfor tillagt hver enkelt person i samme husholdning, det vil si at alle personer i samme husholdning vil ha samme inntekt etter skatt per forbruksenhet.

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 inntekthierarkiet (i motsetning til Gini-koeffisienten, som gjenspeiler hele fordelingen). Som det går fram av Figur 1-4 viser P80/P20 en nokså lik utvikling som Gini-koeffisienten slik utviklingen i inntektsfordeling har vært i Norge de senere årene.

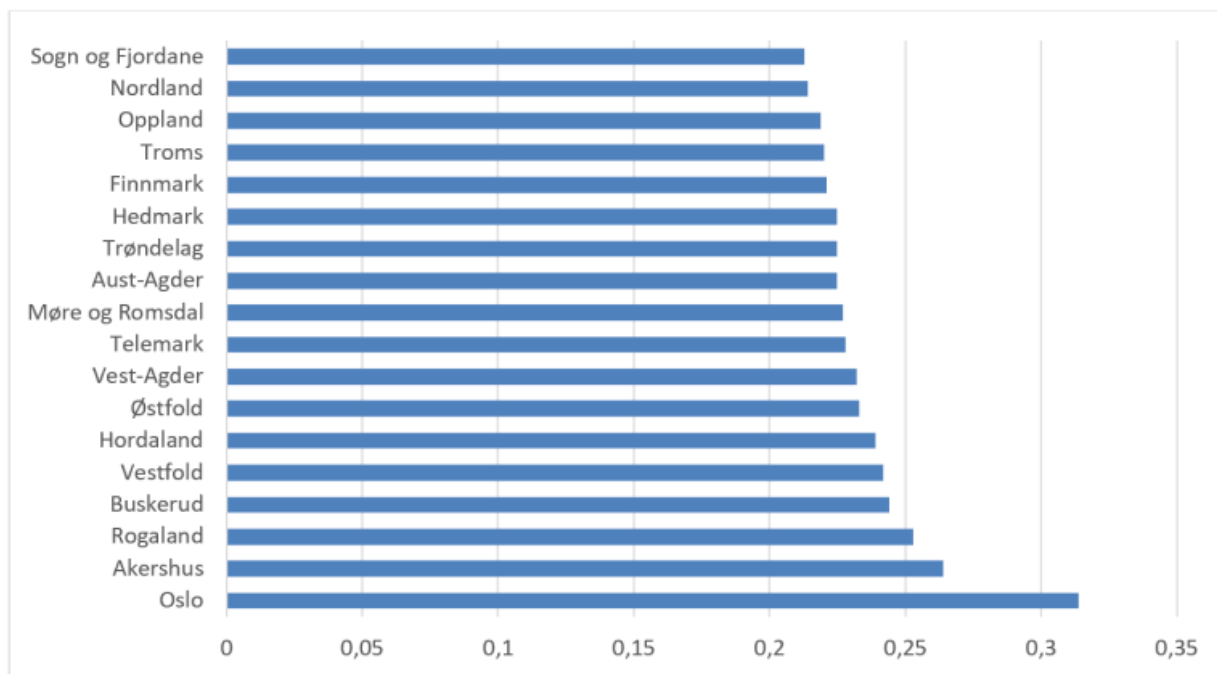
P90/P10 er forholdstallet mellom inntekten til den personen i fordelingen som har høyere inntekt enn 90 prosent av alle (P90) og inntekten til den personen som har lavere inntekt enn 90 prosent av alle andre (P10). Hvis man tenker seg at alle personinntekter i landet sorteres etter størrelse, er P90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



Figur 1-2. Utviklingen i inntektsulikhet målt ved S80/S20 og P90/P10. Inntekt etter skatt per forbruksenhet (EU-skala), studenter ekskludert. 1986-2019. Kilde: SSB, Inntektsstatistikk for husholdninger

1.2.2 Regionale forskjeller

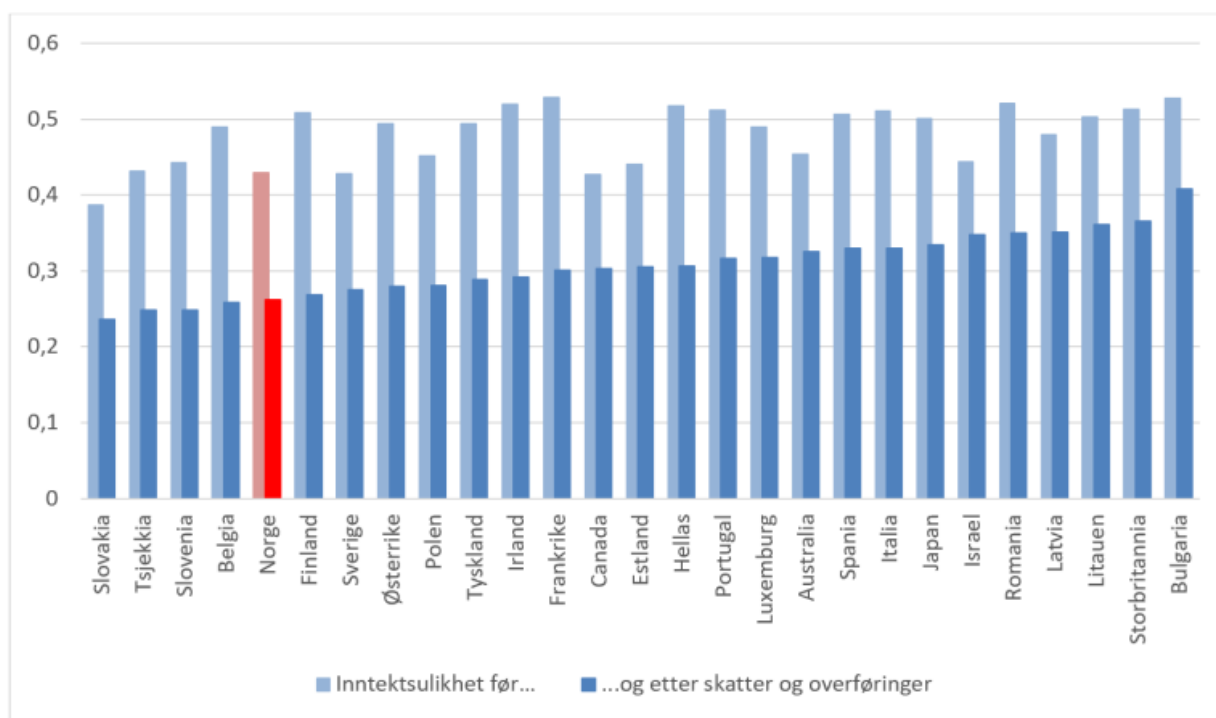
Det er store regionale forskjeller i inntektsulikheten, uansett hvilken av de tre indikatorene for ulikhet vi ser på. Oslo har klart større forskjeller enn de øvrige fylkene (før regionsreformen), deretter følger Akershus og Rogaland på de neste plassene. Figur 1-3 viser fylkesforskjeller for Gini-koeffisienten.



Figur 1-3. Inntektsulikhet målt ved Gini-koeffisienten. Inntekt etter skatt per forbruksenhet (EU-skala), studenter ekskludert. Fylker. 2019. Kilde: SSB, Inntektsstatistikk for husholdninger

1.2.3 Internasjonale forskjeller

Det foregår en betydelig omfordeling av økonomiske ressurser i et velferdssamfunn – 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 i de fleste land de senere årene blitt stadig mer ulik, men det er store forskjeller mellom landene når det gjelder skatte- og avgiftssystemenes omfordelingseffekter. Sammenliknet med andre OECD-land, ligger den norske omfordelingspolitikken omtrent midt på treet, mens ulikhetene i markedsinntekter er mindre her enn i mange OECD-land. Til sammen gjør dette at Norges Gini-koeffisient er forholdsvis lav i OECD sammenheng – men flere land har passert oss de siste årene. Figur 1-4 viser Gini-koeffisienter for 2018 i en del OECD-land før og etter skatter og overføringer.



Figur 1-4. Gini-koeffisienter i ulike OECD-land 2018 før og etter skatter og overføringer. Kilde: OECD Income Distribution Database

1.3

Lavinntekt (fattigdom)

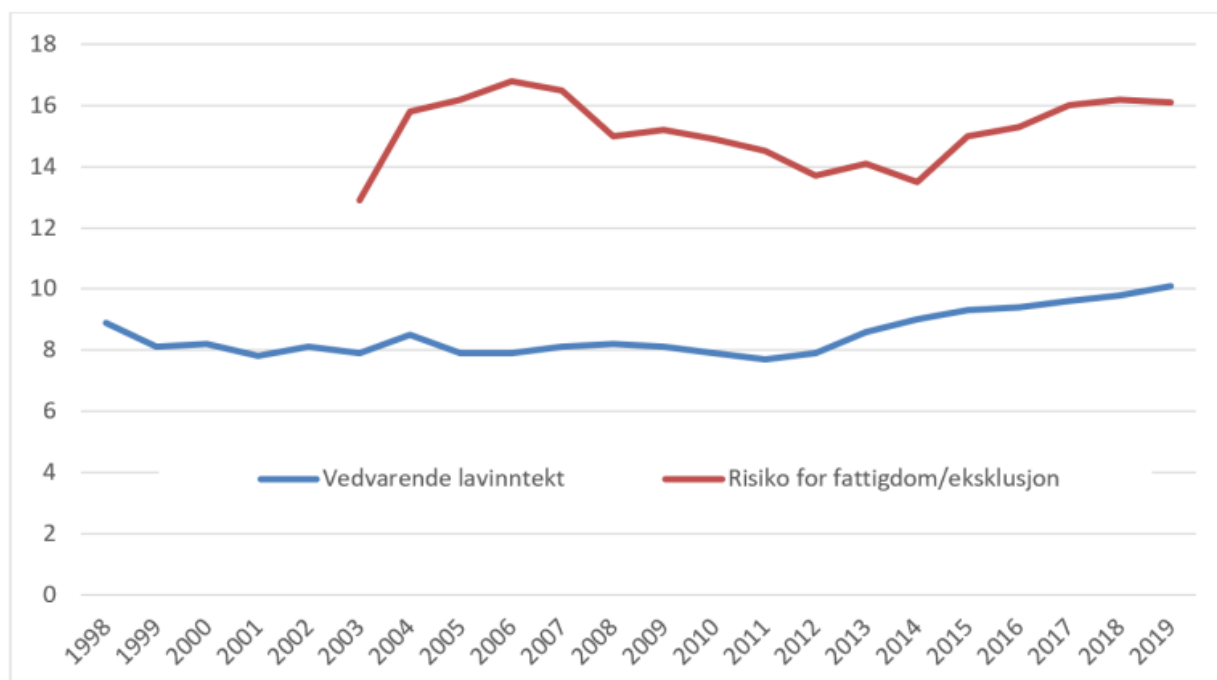
Nederst i inntektsfordelingen er det åpenbare negative helseeffekter av inntekt som en følge av materiell deprivasjon. Et sunt liv med tilstrekkelige mengder mat, varme klær og sunne boforhold krever et minimum av materielle ressurser. Noe eksakt tall for hvor en grense for materiell deprivasjon eller absolutt fattigdom går, har vi ikke. I stedet brukes som regel et relativt mål for lavinntekt. EU setter for eksempel grensen for lavinntekt 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 de generelle indikatorene på inntektsulikhet, viser vi her derfor også noen særskilte indikatorer for lavinntekt (fattigdom), i hovedsak basert på EUs definisjon.

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, fireårsperioder, etter alder
 - Andel personer 0-17 år med vedvarende lavinntekt etter landbakgrunn

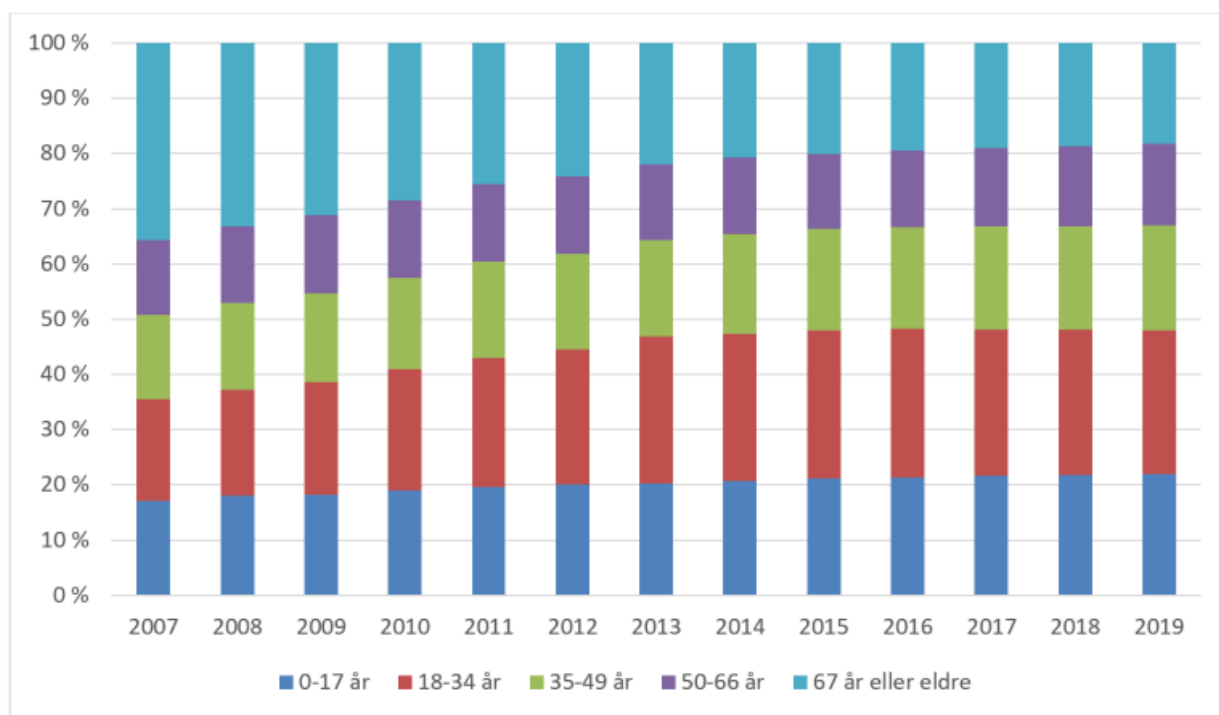
Andelen med vedvarende lavinntekt beregnes her over en treårs-periode for å luke ut personer som «tilfeldigvis» har lav inntekt et gitt år.

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:



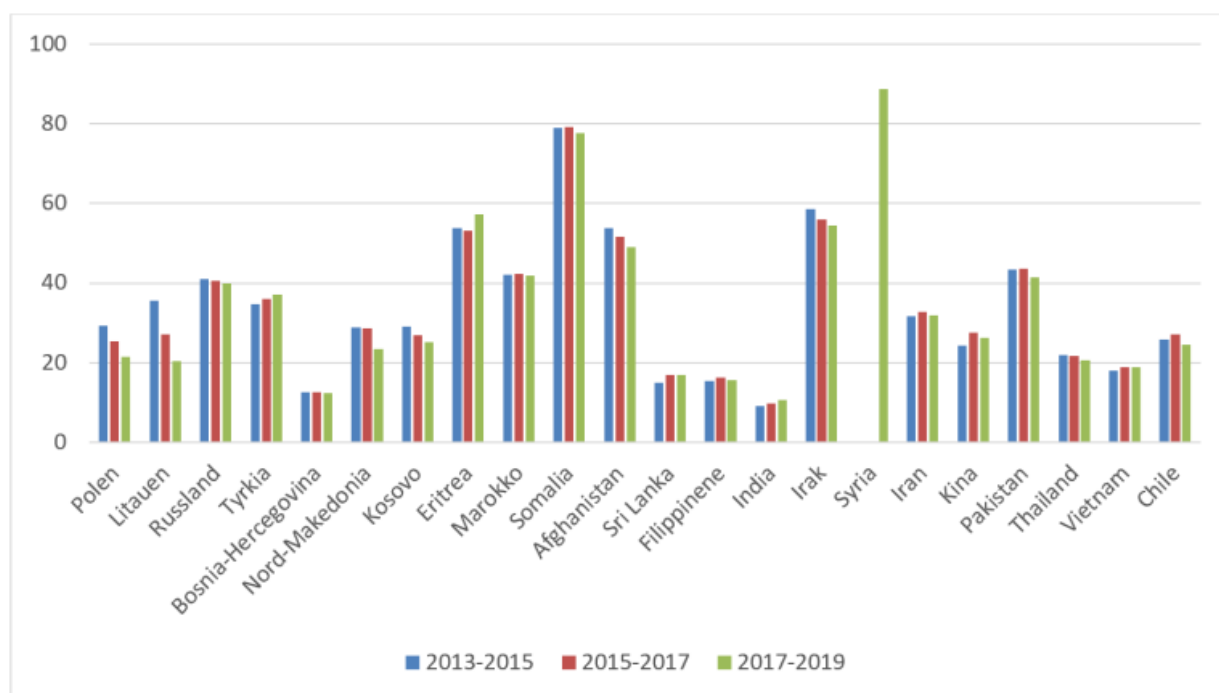
Figur 1-5. Andel personer med vedvarende lavinntekt (siste 3 år) og andel personer i risiko for fattigdom eller sosial eksklusjon i Norge. Kilder: Statistisk sentralbyrå, Inntekts- og formuesstatistikk for husholdninger og Eurostat, People at risk of poverty or social exclusion (AROPE).

Andeler med vedvarende lavinntekt, fireårs-årsperioder, etter alder har endret seg vesentlig de siste 15 årene. Spesielt gjelder dette de yngste og eldste aldersgruppene. Mens om lag en tredel av hele lavinntektsgruppa var personer over 67 år i 2007, er den tilsvarende andelen i dag under 20 prosent. Særlig de yngste aldersgruppene – barn og unge voksne – har økt sine andeler tilsvarende. Det har dermed skjedd en aldersforskyvning i lavinntektsgruppen over tid, fra eldre til yngre. Denne utviklingen var særlig sterk i perioden 2007-2015. De siste årene har alderssammensetningen vært relativt stabil.



Figur 1-6. Utviklingen i alderssammensetning av gruppen med vedvarende lavinntekt 2013-2019. Fireårsperioder. EU-skala, 60 prosent (aleneboende studenter utelatt). Kilde: SSB, Inntekts- og formuesstatistikk for husholdninger

En vesentlig og stadig økende andel i gruppen barn med vedvarende lavinntekt (det vil si barn fra husholdninger med lavinntekt), er enten innvandrere eller barn av innvandrere. I 2019 hadde 6 av 10 barn med vedvarende lavinntekt innvandrerbakgrunn. Men det er stor variasjon etter landbakgrunn, og for mange landgruppers vedkommende synker andelen med vedvarende lavinntekt over tid (se Figur 1-7).



Figur 1-7. Barn i husholdninger med innvandrerbakgrunn med vedvarende lavinntekt (EU-skala), etter landbakgrunn. 3 treårsperioder (prosent). Kilde: SSB, Inntekts- og formuesstatistikk for husholdninger

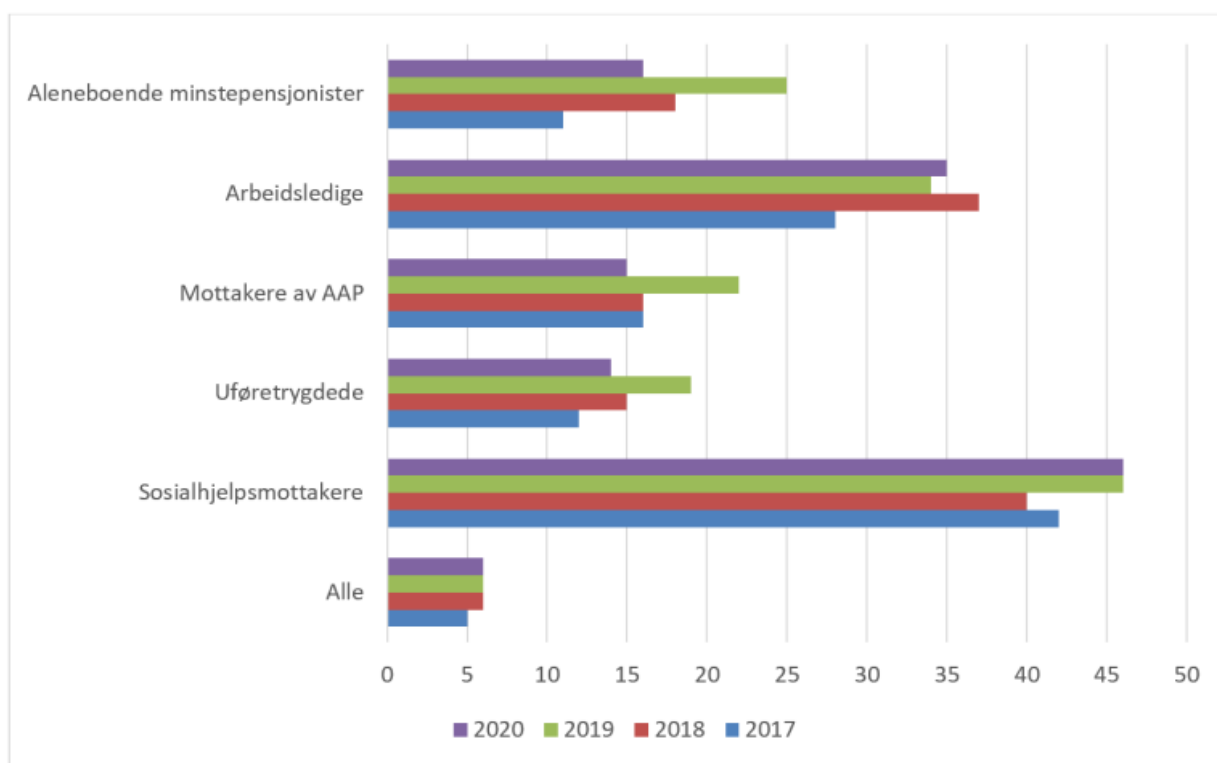
1.4

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. Vi ser her på én slik indikator:

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

Indikatoren er hentet fra SSB-publikasjonen Økonomi og levekår for ulike lavinntektsgrupper, som igjen bygger på data fra levekårsundersøkelsene (Levekårsundersøkelsen EU-SILC). For mange grupper vedkommende, varierer denne indikatoren mye fra år til år, og det er vanskelig å peke på noen klare utviklingstrender over tid. Dette skyldes til dels at gruppene vi her har valgt å se på, er små. Figuren kan derfor gi inntrykk av at endringene fra år til år er større enn de faktisk er. Figuren sier likevel noe om ulikheter mellom noen utvalgte, sårbare grupper.



Figur 1-8. Andel som bor i en husholdning som har vanskelig eller svært vanskelig å få endene til å møtes. 16 år og over. Prosent. Kilde: SSB, Levekårsundersøkelsen

1.5

Formue og gjeld

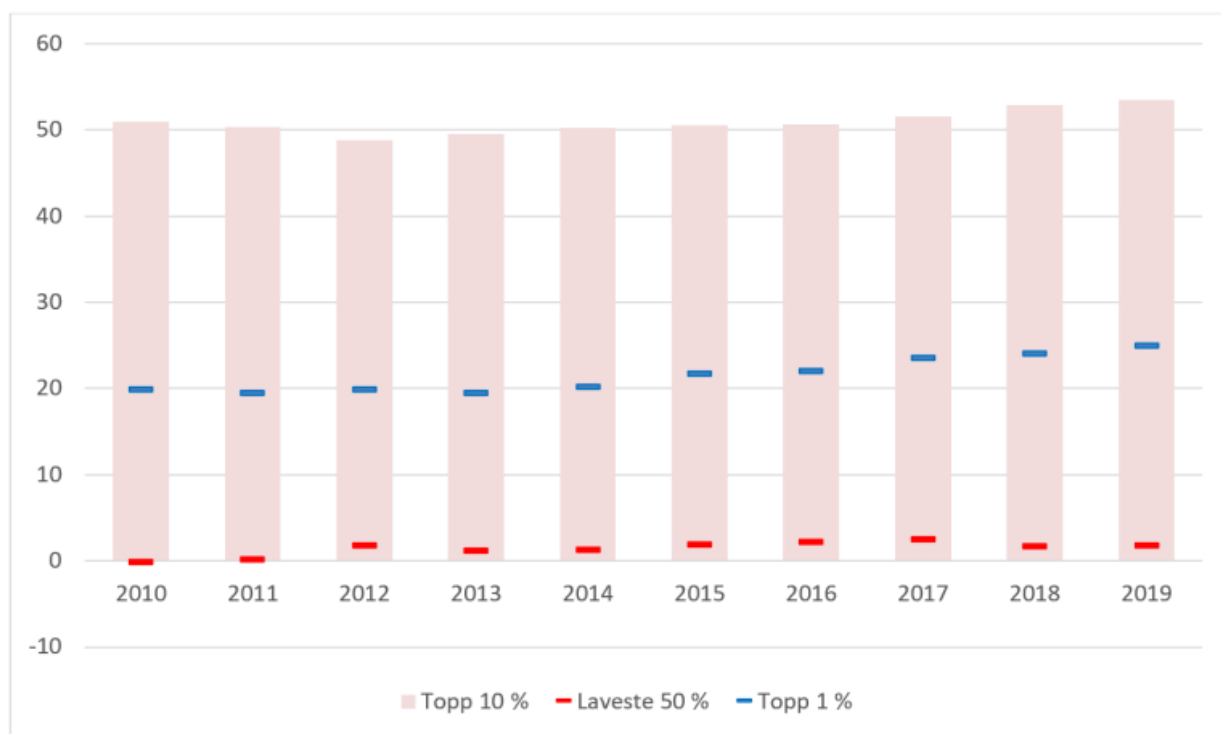
Formue er en økonomisk ressurs husholdninger kan tære på dersom inntekten er utilstrekkelig; og en lavinntektshusholdning med formue har det derfor ikke nødvendigvis trangere enn en høyinntektshusholdning med mye gjeld. Også husholdninger som har formuen sin bundet opp i for

eksempel bolig, vil relativt enkelt kunne ta opp lån til forbruk og derfor være materielt bedre stilt enn en lavinntektshusholdning uten tilsvarende formue. Det er derfor bred internasjonal enighet om at formue og gjeld bør sees i sammenheng med inntekter og utgifter når en skal vurdere husholdningene økonomi³.

Vi ser her på følgende indikatorer:

- **Andel av total nettoformue som tilfaller**
 - de 50 prosentene av husholdningene som har lavest nettoformue
 - de 10 prosentene av husholdningene som har høyest nettoformue og
 - den 1 prosenten som har høyest nettoformue
- **Andel husholdninger der gjelda utgjør mer enn det dobbelte av samlet husholdningsinntekt**

Den første indikatoren forteller om fordelingen av formue i befolkningen. Dersom formue var jevnt fordelt, ville 50 prosent av den totale nettoformuen tilhøre halvparten av befolkningen, så avviket fra 50 prosent sier noe om ulikheten i totalformuens fordeling. I realiteten vil den første delindikatoren for formue ligge godt under 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 de henholdsvis 10 og 1 prosent rikeste.



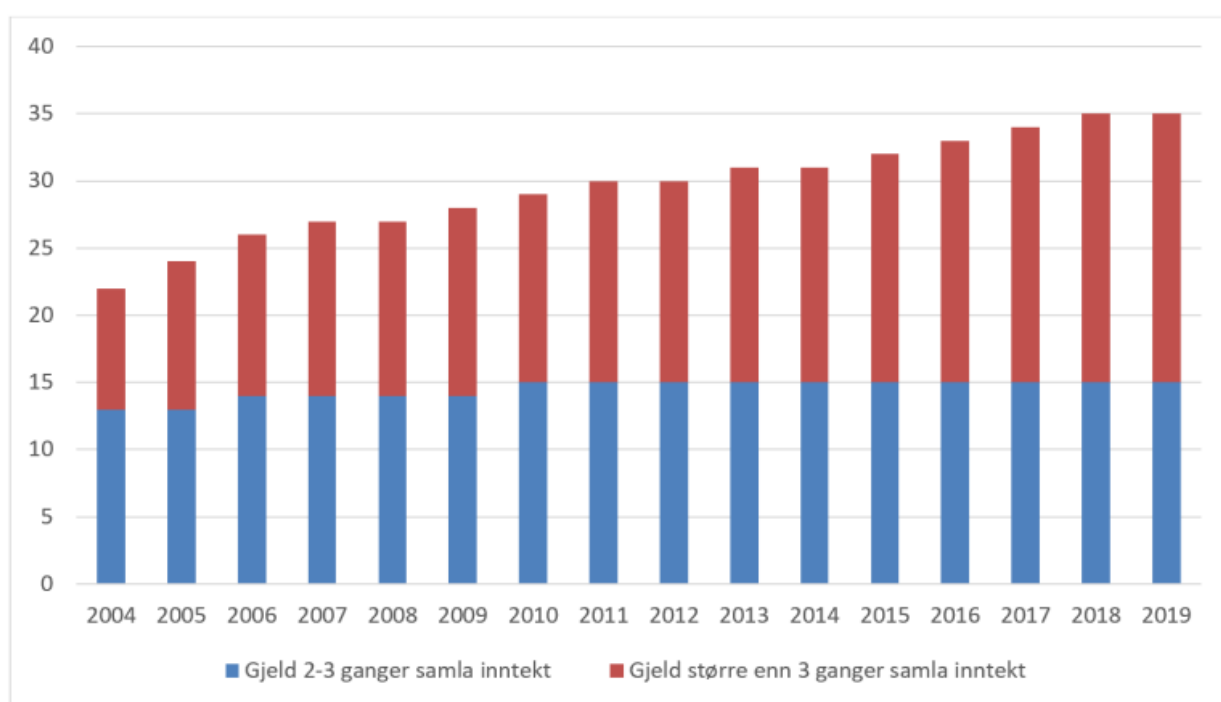
Figur 1-9: Formuesfordeling. Andel av husholdningenes totale nettoformue som disponeres av ulike formuesklasser, 2010 - 2019. Personer i studenthusholdninger utelatt. Prosent. Kilde: SSB, Inntekts- og formuesstatistikk for husholdninger

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 litt over halvparten av nettoformuen. Den minst formuende halvparten av husholdningene disponerer så å si ingenting. Utviklingen det siste tiåret har gått i retning av en større skjevfordeling av totalformuen, selv om også den minst formuende halvparten av befolkningen har en svak økning i formue.

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. Større gjeld medfører større sårbarhet for økonomiske svingninger som for eksempel renteoppgang. Som det går fram av figur 1-10, har andelen med stor gjeld – mer enn 3 ganger samlet inntekt – økt betraktelig det siste tiåret.



Figur 1-10. Andelen husholdninger med gjeld minst 2 ganger samlet inntekt. Personer i studenthusholdninger utelatt. 2005-2019. Kilde: SSB, inntekts- og formuesstatistikk for husholdninger

³ Epland og Kirkeberg (2012). Wealth distribution in Norway: evidence from a new register-based data source. Statistisk sentralbyrå. Reports 35/2012

Sosial støtte, deltakelse og medvirkning

De aller fleste voksne og unge har gode venner, men 11 prosent av voksne og 26 prosent av unge er mye plaget av ensomhet. Andelen unge som rapporterer om å være plaget av ensomhet har økt de siste årene. Det har også andelen unge som ikke deltar i fritidsaktiviteter. Helseproblemer eller nedsatt funksjonsevne er den barrieren som flest voksne oppgir som hinder for sosial deltakelse. 36 prosent av voksne oppgir at de opplever å ha liten innflytelse på det myndighetene gjør. Nesten én av fire voksne har opplevd å bli utsatt for diskriminering, mens i overkant av 30 prosent av unge har opplevd å bli utsatt for seksuell trakassering.

Det er en sosial gradient på tvers av omtrent samtlige indikatorer i dette kapitlet, blant både voksne og unge. Voksne med høyere utdanning og unge fra høyere sosioøkonomiske grupper rapporterer jevnt over færre negative utfall enn de med lavere utdanningsnivå (særlig grunnskoleutdanning) eller lavere sosioøkonomiske gruppe.

2.1

Innretning og indikatorer i kapitlet

Sosial støtte, deltakelse og medvirkning er faktorer som fremmer god psykisk helse og livskvalitet, og påvirker derfor også folkehelsen positivt¹. Disse faktorene fremmes på hverdagslivets arenaer som for eksempel på skolen og i barnehagen, i arbeidslivet, og i et nærmiljø som tilrettelegger for møteplasser, fritidsaktiviteter og frivillig aktivitet. Dette kapitlet bør derfor ses i sammenheng med de andre kapitlene i denne rapporten, som omhandler disse arenaene.

2.1.1 Indikatorer fra nasjonal livskvalitetsundersøkelse 2020

I 2020 ble det for første gang gjennomført en befolkningsundersøkelse om livskvalitet i et representativt utvalg i den norske befolkningen over 18 år. Flesteparten av indikatorene i dette kapitlet er hentet fra denne undersøkelsen. De fullstendige resultatene fra undersøkelsen finnes i SSBs rapport².

Livskvalitet kan forstås som et helhetsperspektiv på livet til enkeltmennesker og grupper, og består av både subjektive og objektive komponenter^{3 4}. Indikatorene i dette kapitlet presenterer utvalgte komponenter ved den objektive livskvaliteten i befolkningen. Nes m.fl. beskriver objektiv livskvalitet som ytre betingelser som er viktig for et godt liv. Begrepet overlapper derfor delvis med levekår. Fellesskap, trygghet og frihet er eksempler på komponenter som inngår i den objektive livskvaliteten. Jo flere av disse som realiseres, jo høyere er den objektive livskvaliteten.

Den subjektive livskvaliteten dreier seg om personers opplevelse og vurdering av eget liv, fungering i det daglige, samt positive og negative følelser. Komponenter innenfor subjektiv livskvalitet er for eksempel livstilfredshet, mening, mestring og tilstedeværelse av positive og negative følelser. Subjektiv livskvalitet overlapper derfor med psykisk helse.

Selv om det skilles mellom subjektiv og objektiv livskvalitet, er det viktig å påpeke at det er overlapp mellom disse. Ensomhet inngår for eksempel i begge. Indikator for ensomhet i SSBs rapport fra livskvalitetsundersøkelsen 2020 er plassert i den delen som dreier seg om objektiv livskvalitet. Indikatoren er derfor inkludert i dette kapittelet, som ett av målene på sosial støtte. Livskvalitetsundersøkelsen baserer seg dessuten på selvrapportering, som på uunngåelig vis er subjektiv.

For hver indikator fra livskvalitetsundersøkelsen som er med i kapittelet, er det satt inn to figurer. Den første viser hvordan respondentene fordeler seg etter høyeste fullførte utdanningsnivå, for å vurdere om det er sosiale forskjeller. Den andre figuren viser hvordan andelen fordeler seg etter tilfredshet med livet alt i alt, rangert etter lav, middels og høy tilfredshet. Ved å se tilfredshetsindikatoren opp mot indikatorene for objektiv livskvalitet, kan man vurdere om det er en sammenheng mellom disse.

2.1.2 Indikatorer fra Levekårsundersøkelsen om helse 2019

Indikatorene som viser barrierer for deltakelse er hentet fra Levekårsundersøkelsen om helse som SSB gjennomførte i 2019. Figurene derfra inneholder ikke noen sosial fordelingsdimensjon, men viser i stedet fordeling etter alder.

2.1.3 Indikatorer fra Ungdata-undersøkelsene

Kapittelet inneholder noen utvalgte indikatorer hentet fra Ungdata-undersøkelsen som Velferdsforskningsinstituttet NOVA ved OsloMet er ansvarlig for, i samarbeid med landets syv regionale kompetansesentre på rusfeltet (KoRus)⁵. Ungdata-undersøkelsene henter inn data fra elever ved ungdomsskolen og videregående skole. Indikatorene fra Ungdata utfyller indikatorene for voksenalderen i dette kapitlet.

For å få en sosial dimensjon i indikatorene fra Ungdata-undersøkelsen som presenteres i dette kapittelet, er respondentene delt inn i ti sosioøkonomiske grupper. Gruppene er basert på selvrapporterte opplysninger om foresattes utdanningsnivå, antall bøker, datamaskiner og biler i hjemmet, om ungdommen har eget soverom og antall ganger reist på ferie siste året. Basert på summen av ungdommenes svar, er hver enkelt kategorisert i grupper fra de med minst ressurser (lavest sosioøkonomisk status (SØS)) til de med flest ressurser (høyest SØS). Kategoriene er laget slik at de utgjør ti like store grupper. Figurene presenterer data samlet inn i to tidsperioder; i 2014-2016 og 2019-2021, for å se på utvikling over tid.

¹ Helsedirektoratet (2014). Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet.

² Støren, Rønning og Gram (2020). Livskvalitet i Norge 2020. SSB-rapport 2020/35.

³ Barstad m.fl. (2016) Gode liv i Norge. Utredning om måling av befolkningens livskvalitet. Helsedirektoratet.

⁴ Nes m.fl. (2018) Livskvalitet. Anbefalinger for et bedre målesystem. Helsedirektoratet og FHI.

⁵ [Ungdata.no](https://ungdata.no)

2.2

Sosial støtte og andre nettverksressurser

Med sosial støtte mener vi i hvilken grad man opplever å ha nære relasjoner, noen som bryr seg og noen å spørre om hjelp⁶.

Det finnes flere studier som har sett på sammenhengene mellom sosial støtte og helse^{7 8 9}. 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 ved at slik støtte øker mestring av de utfordringene livet gir.

Manglende sosial støtte øker faren for både fysiske og psykiske lidelser og kan ha effekt på både sykkelighet og dødelighet. Effekten er til stede selv når en kontrollerer for andre risikofaktorer som røyking, mangel på mosjon, høyt kolesterol og høyt blodtrykk. Mennesker som opplever lite sosial støtte har økt risiko for ulike stressfaktorer, som økonomiske problemer, problemer på arbeidsmarkedet, eller boligproblemer⁹.

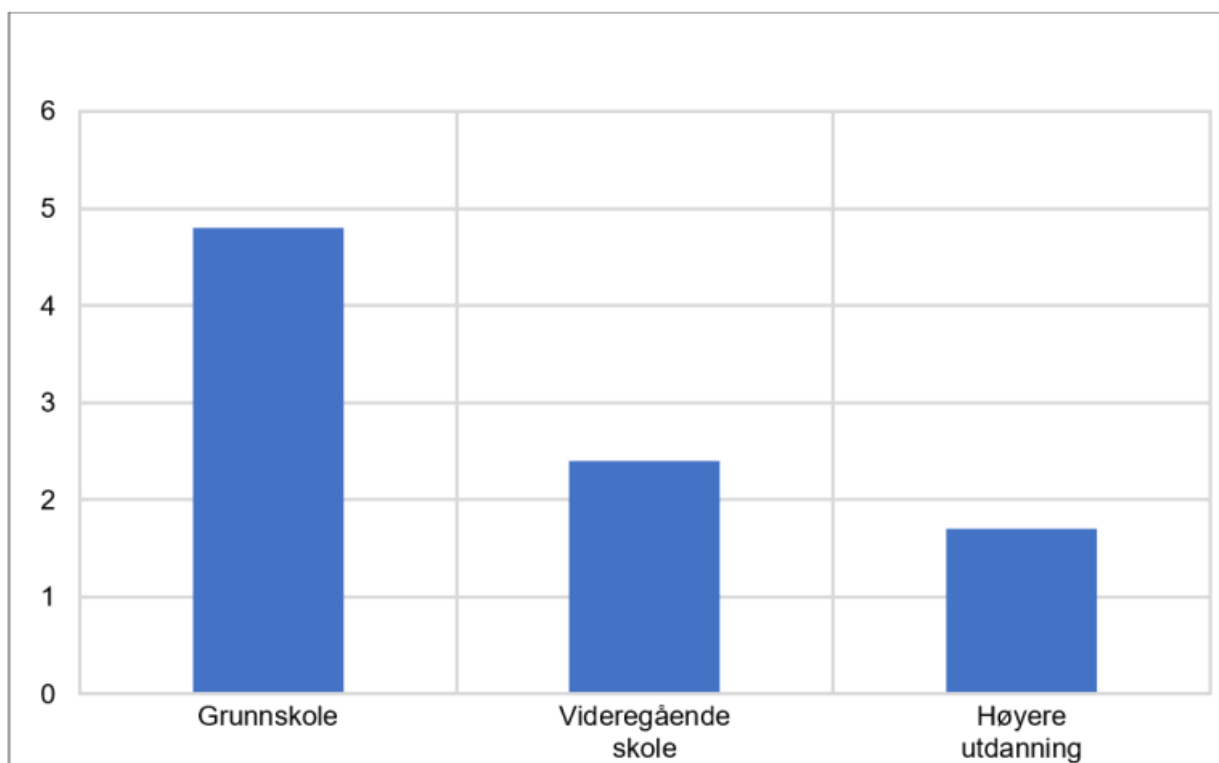
I denne delen av kapittelet er det kvaliteten på de sosiale relasjonene som står i fokus, nærmere bestemt de ressursene som nettverket gir tilgang til. Gode nære relasjoner er sentrale for opplevd sosial støtte, slik som i parforhold, familie og vennskap.

Indikatorer:

- Andel som ikke har noen gode venner
- Andel som har to personer eller færre personer de kan regne med ved store personlige problemer
- Andel unge som ikke har noen venner de kan stole på og betro seg til om alt mulig
- Andel som er mye plaget av ensomhet
- Andel unge som er mye plaget av ensomhet

2.2.1 Sosial støtte blant voksne

I livskvalitetsundersøkelsen 2020 ble det spurt om hvor ofte man er sammen med gode venner, hvor ett alternativ er at man ikke har gode venner. Generelt har den norske befolkningen jevnlig kontakt med gode venner, enten månedlig eller ukentlig, eller oftere. Kun tre prosent rapporterer at de ikke har noen gode venner. Figur 2.1 nedenfor viser andelen som ikke har gode venner, fordelt etter utdanningsnivå. Blant de med høyere utdanning er det to prosent som oppgir at de ikke har noen gode venner. Blant de med grunnskole som høyeste utdanningsnivå er det over dobbelt så mange, fem prosent, som svarer at de ikke har noen gode venner. Fra figuren ser man at andelen som rapporterer om at de ikke har gode venner er lav i alle utdanningsgrupper, men høyere jo lavere fullførte utdanningsnivå man har.

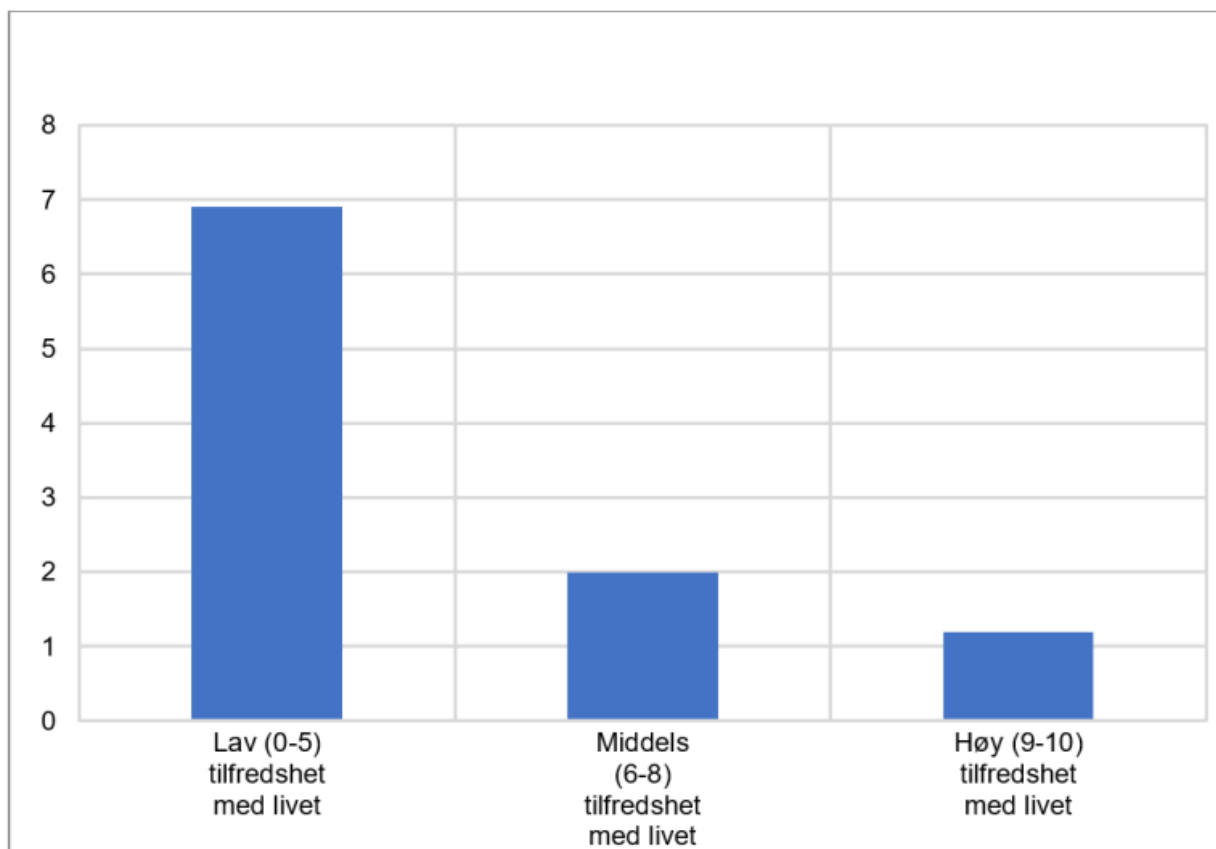


Figur 2.1. Andel som svarer at de ikke har noen gode venner, fordelt etter utdanningsnivå. Prosent.

Kilde: Livskvalitetsundersøkelsen 2020, SSB.

For å se på sammenhengen mellom det å ikke ha gode venner og livstilfredshet, kan man se på andelen som rapporterer om at de ikke har gode venner blant de som har oppgitt lav, middels og høy livstilfredshet. Figur 2.2 nedenfor viser andelen som svarer at de ikke har gode venner, fordelt etter tilfredshet med livet, og man ser at kun en prosent av de med høy livstilfredshet rapporterer at de ikke har noen gode venner. Blant de med lav livstilfredshet er det derimot syv prosent som rapporterer at de ikke har noen gode venner. Forskjellen er særlig stor mellom de med lav livstilfredshet og de to andre nivåene av livstilfredshet. Dette mønsteret går igjen på tvers av flere av livskvalitetsindikatorene i dette kapitlet.

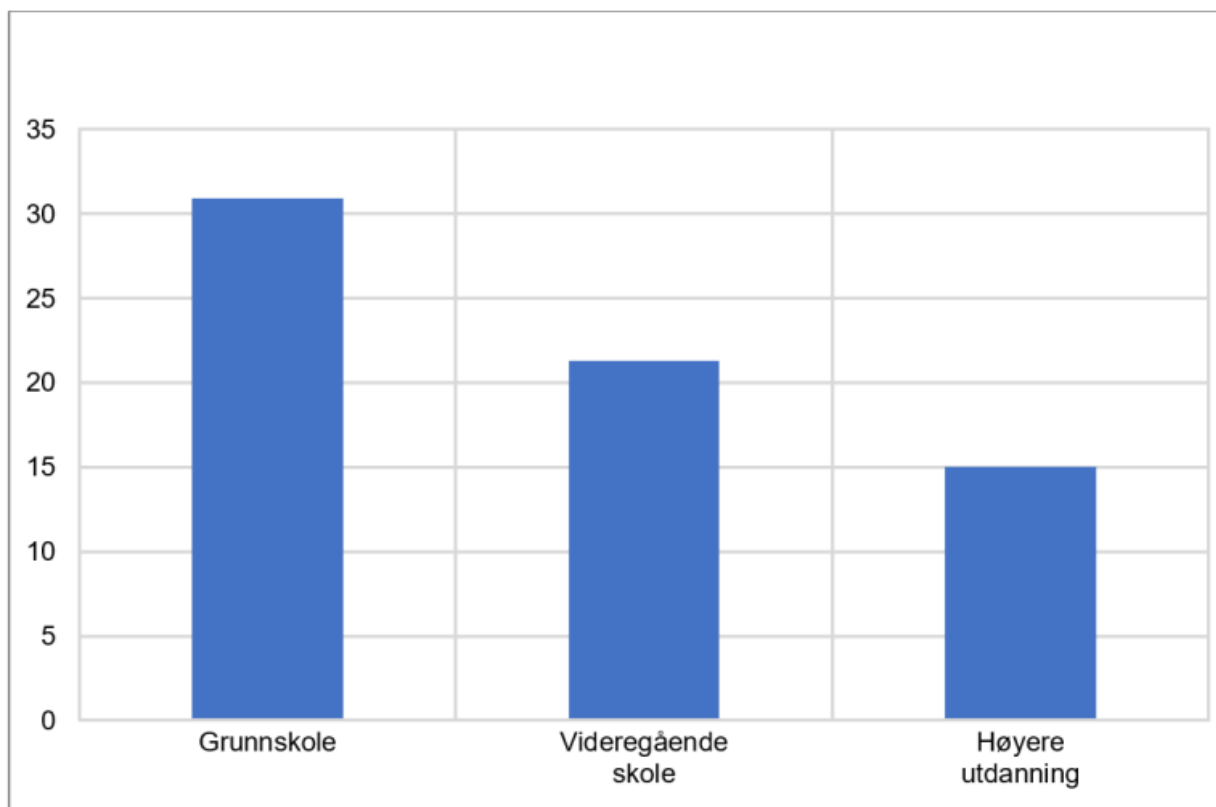
I livskvalitetsundersøkelsen er det dobbelt så stor andel som oppga lav livstilfredshet blant de med grunnskoleutdanning som høyeste utdanningsnivå (30 prosent), sammenliknet med personer med høyere utdanning (16 prosent). Det blir derfor en "dobbelt" sosial ulikhet ved at personer med lav utdanning i større grad oppgir at de ikke har venner og har lav livstilfredshet, sammenliknet med personer med høy utdanning.



Figur 2.2. Andel som svarer at de ikke har noen gode venner, fordelt etter tilfredshet med livet.

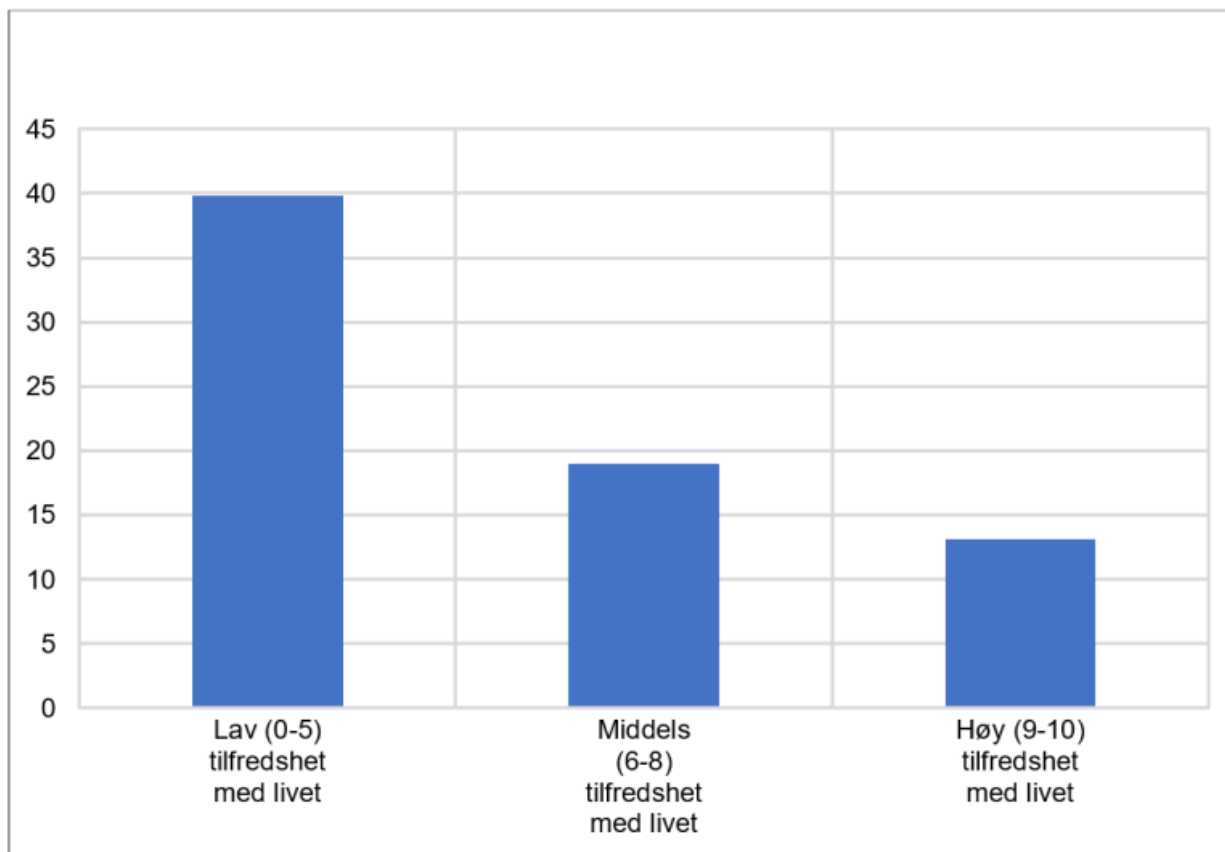
Prosent. Kilde: Livskvalitetsundersøkelsen 2020, SSB.

I befolkningen er det 22 prosent som oppgir at de har to eller færre personer de kan regne med ved store personlige problemer. Figur 2.3 viser disse fordelt etter utdanningsnivå. Andelen som har to personer eller færre å regne med ved store personlige problemer, varierer med høyeste fullførte utdanningsnivå. Blant de med grunnskole som høyeste fullførte utdanning er det 31 prosent som oppgir at de har to personer eller færre å regne med ved store personlige problemer, mens tilsvarende andel i gruppen med høyeste fullførte utdanningsnivå kun er 15 prosent.



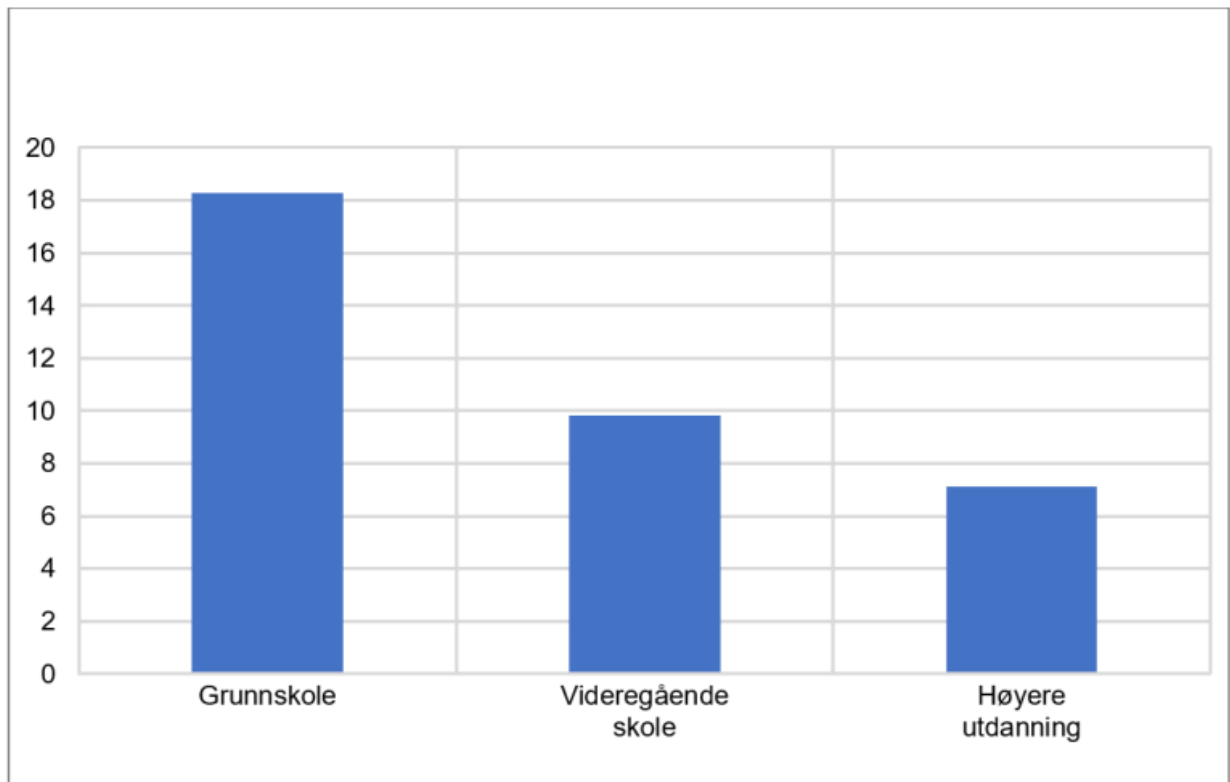
Figur 2.3. Andel som har to eller færre personer de kan regne med ved store personlige problemer, fordelt etter utdanningsnivå. Prosent. Kilde: Livskvalitetsundersøkelsen 2020, SSB.

Figur 2.4 viser at 40 prosent av de med lav tilfredshet med livet oppgir at de har to personer eller færre å regne med ved store personlige problemer, mens blant de med høy tilfredshet med livet er det kun 13 prosent. Det er altså betydelig forskjell i andelen som oppgir at de har to personer eller færre å regne med ved store personlige problemer, ut ifra hvor tilfreds man er med livet. Også her er forskjellen særlig stor mellom de med lav livstilfredshet og de to andre nivåene av livstilfredshet.



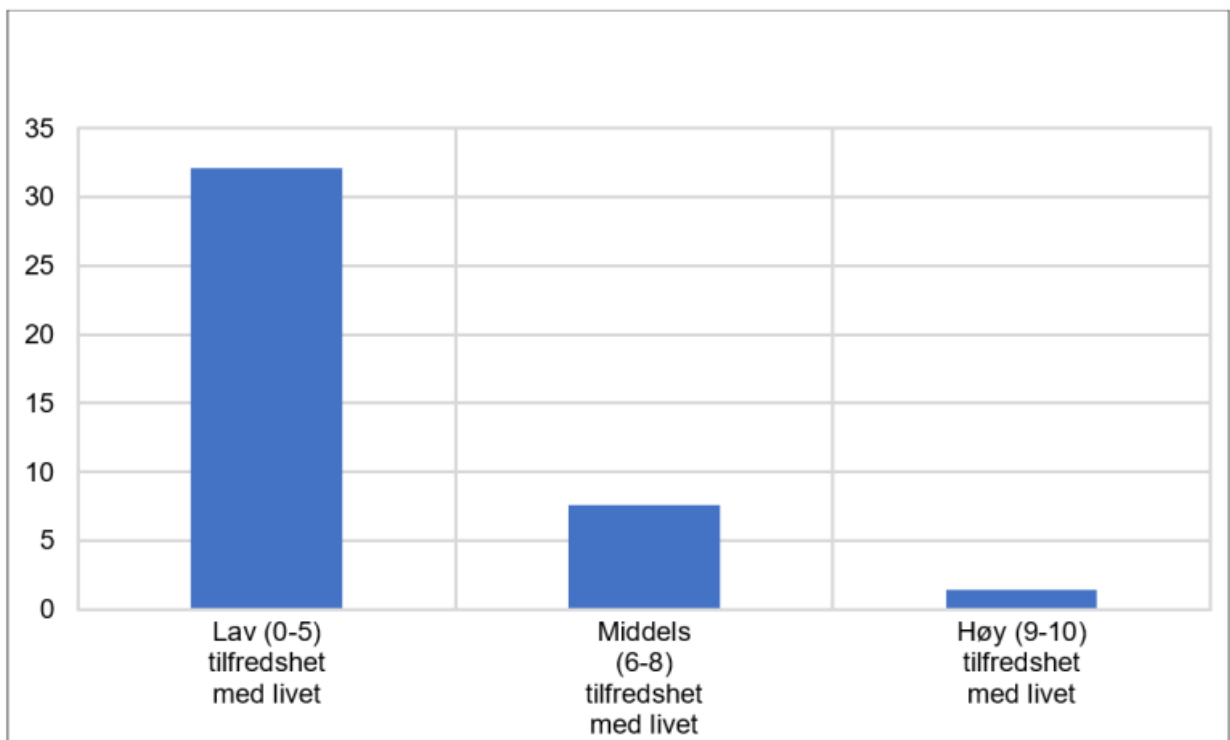
Figur 2.4. Andel som har to personer eller færre de kan regne med ved store personlige problemer, fordelt etter tilfredshet med livet. Kilde: Livskvalitetsundersøkelsen 2020, SSB.

Opplevelse av ensomhet kan også indikere grad av sosial støtte. I livskvalitetsundersøkelsen 2020 fant man at 11 prosent rapporterte at de var mye ("ganske mye" eller "veldig mye") plaget av ensomhet. Figur 2.5 viser hvordan disse fordeles etter utdanning. Blant de med grunnskole som høyeste fullførte utdanningsnivå, er det 18 prosent som oppgir at de er mye plaget av ensomhet, mens det kun er syv prosent av de som har fullført høyere utdanning som svarer dette.



Figur 2.5. Andel som er mye plaget av ensomhet, fordelt etter utdanningsnivå. Prosent. Kilde: Livskvalitetsundersøkelsen 2020, SSB.

Av figur 2.6 ser man det er en tydelig sammenheng mellom det å være mye plaget med ensomhet og livstilfredshet. Blant de med høy tilfredshet med livet, er det kun en prosent som oppgir at de er mye plaget av ensomhet. Til sammenlikning, er det hele 32 prosent blant de med lav tilfredshet som oppgir å være mye plaget av ensomhet.



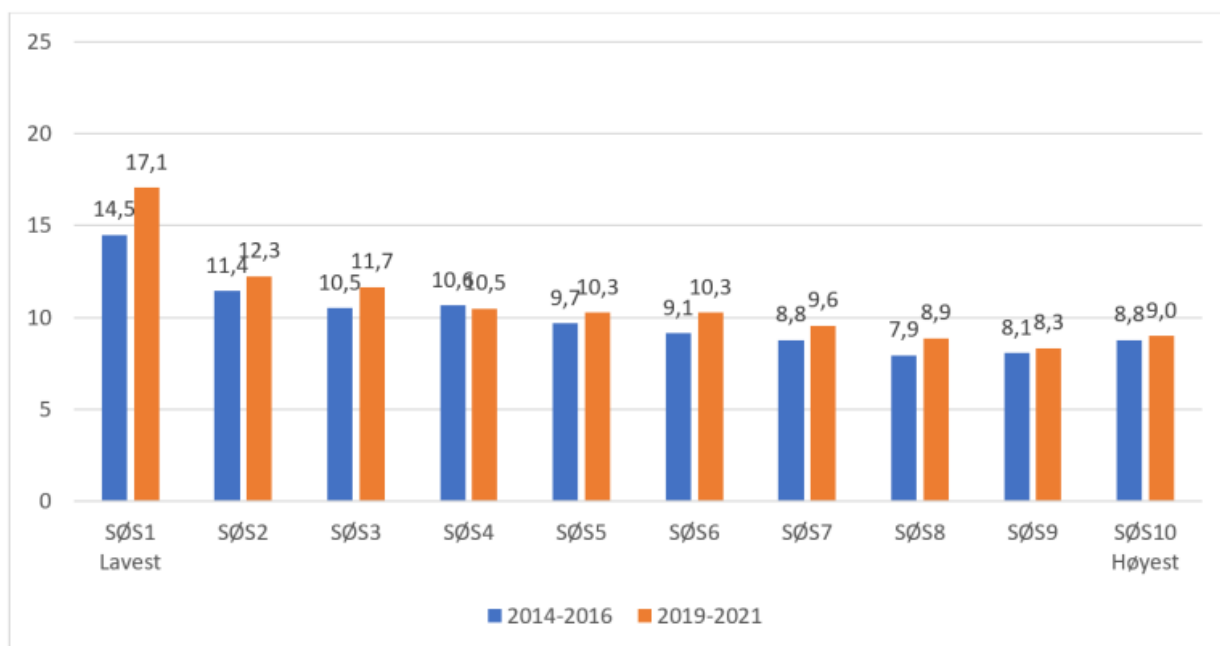
Figur 2.6. Andel som er mye ("svært mye" og "ganske mye") plaget av ensomhet, fordelt etter tilfredshet med livet. Kilde: Livskvalitetsundersøkelsen 2020, SSB.

Forskning på ensomhet i Norge viser en klar sammenheng mellom ensomhet og levekårsfaktorer som økonomi og helsetilstand. De som rapporterer om dårlig økonomi og helsetilstand som begrenser deres aktivitet, føler seg i større grad ensomme, enn de med bedre økonomi og helse¹⁰. Andre eksempler på grupper som er utsatt for å være plaget av ensomhet er arbeidsledige, uføre og enkelte innvandrergrepper. Det er ikke tegn til noen generell økning i ensomhet blant voksne i Norge, men data innhentet under koronapandemien viser at flere har følt seg ensomme i perioder preget av sosial nedstenging som følge av smittevernstiltak

2.2.2 Sosial støtte blant barn og unge

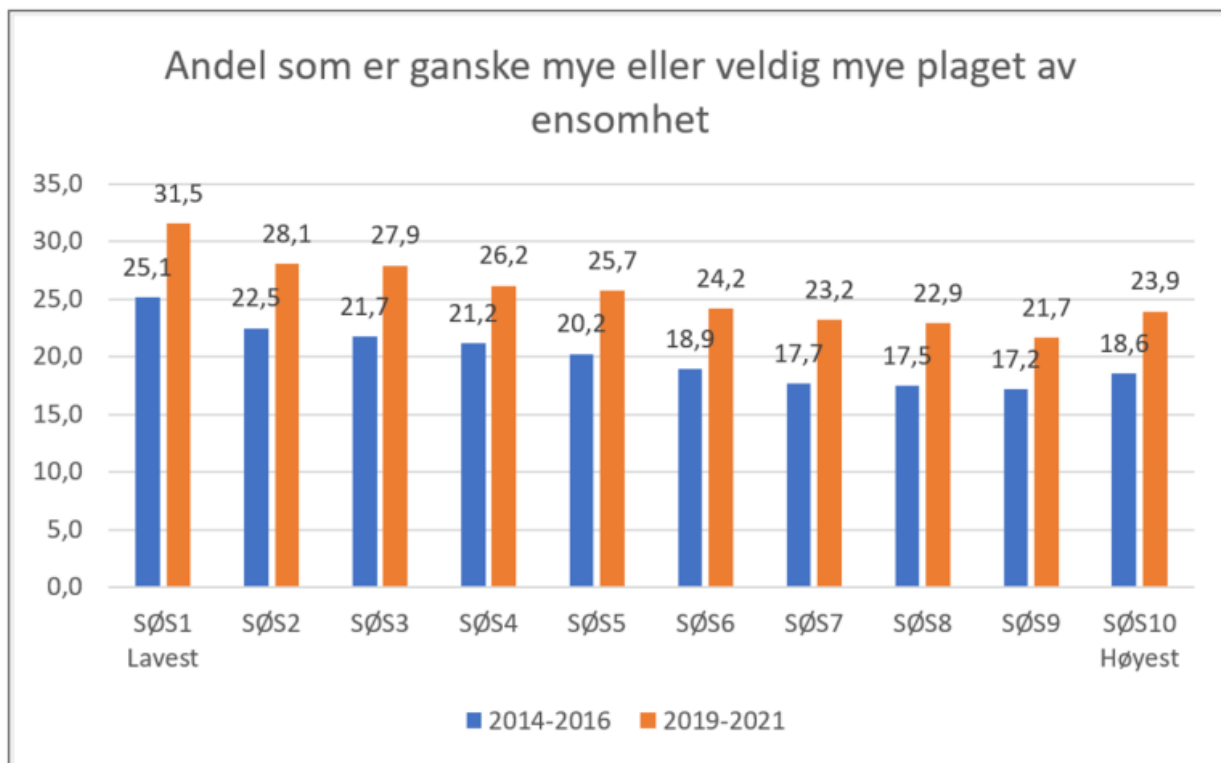
Nære vennskap og fravær av mobbing er viktige betingelser for god helse og trivsel i barne- og ungdomsårene. God sosial støtte i skolen, både på individ- og klassenivå, kan motvirke negative konsekvenser av skolestress og bidra til mestring¹¹. I kapittel 5 om oppvekst omtales barn og unges trivsel i skolen nærmere.

Resultatene fra Ungdata-undersøkelsen 2021, viser at 89 prosent har minst en venn som de stoler på og kan betro seg til om alt mulig. Dette varierer nokså lite med kjønn og alder. Det innebærer imidlertid at 11 prosent oppgir at de ikke har, eller ikke tror de har, noen gode venner som de kan betro seg til om alt mulig. I figur 2.7 ser man at det er forskjeller i denne indikatoren på tvers av sosioøkonomiske grupper, og at andelen har økt i alle grupper fra 2014-2016 til 2019-2021. Økningen er størst i gruppen med lavest sosioøkonomisk status (SØS), og liten for de to gruppene med høyest sosioøkonomisk status.



Figur 2.7. Andel unge som ikke har, eller ikke tror de har, noen venner de kan stole på og betro seg til om alt mulig, fordelt etter sosioøkonomisk gruppe. Kilde: Ungdata-undersøkelsen, NOVA

Litt over 26 prosent av de som har svart på Ungdata-undersøkelsen i 2021 oppgir at de er mye ("veldig mye" eller "ganske mye") plaget av ensomhet. Av figur 2.8 nedenfor ser man at ensomhetstallene blant unge har økt på tvers av alle sosiale grupper de siste årene. Det er en sosial ulikhet i ensomhet: høyere andeler oppgir at de er mye plaget blant gruppene med lav sosioøkonomisk status, sammenliknet med gruppene med høy sosioøkonomisk status. Barstad viser til flere undersøkelser, blant annet



Figur 2.8. Andel unge som er mye ("ganske mye" eller "veldig mye") plaget av ensomhet, fordelt etter sosioøkonomisk gruppe. Kilde: Unidata-undersøkelsen, NOVA.

⁶ Helsedirektoratet (2014). Psykisk og trivsel i folkehelsearbeidet.

⁷ Barstad (2014). Levekår og livskvalitet. Vitenskapen om hvordan vi har det. Cappelen Damm Akademisk.

⁸ Folkehelseinstituttet (2014). Sosial støtte og ensomhet. Faktaark.

⁹ Helsedirektoratet (2015). Trivsel i skolen.

¹⁰ Barstad (2021). Blir vi stadig mer ensomme? SSB Analyse 2021/08. [Blir vi stadig mer ensomme?](https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/blir-vi-stadig-mer-ensomme-2021-08) [enhttps://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/blir-vi-stadig-mer-ensomme-2021-08](https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/blir-vi-stadig-mer-ensomme-2021-08) - SSB

¹¹ Helsedirektoratet (2015). Trivsel i skolen. (IS-2345)

¹² Barstad (2021). Blir vi stadig mer ensomme? SSB Analyse 2021/08. [Blir vi stadig mer ensomme?](https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/blir-vi-stadig-mer-ensomme-2021-08) <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/blir-vi-stadig-mer-ensomme-2021-08> - SSB

2

Sosial deltagelse og barrierer

Deltagelse på ulike arenaer, som for eksempel på skole og gjennom utdanning, i arbeidslivet eller i lokalmiljøet, er en viktig forutsetning for å opprette og vedlikeholde et sosialt nettverk. Kapittel 5 og 6 omtaler deltakelse i arbeid og utdanning nærmere. I denne delen presenteres indikatorer som måler grad av sosial deltagelse, samt faktorer som hindrer sosial deltagelse.

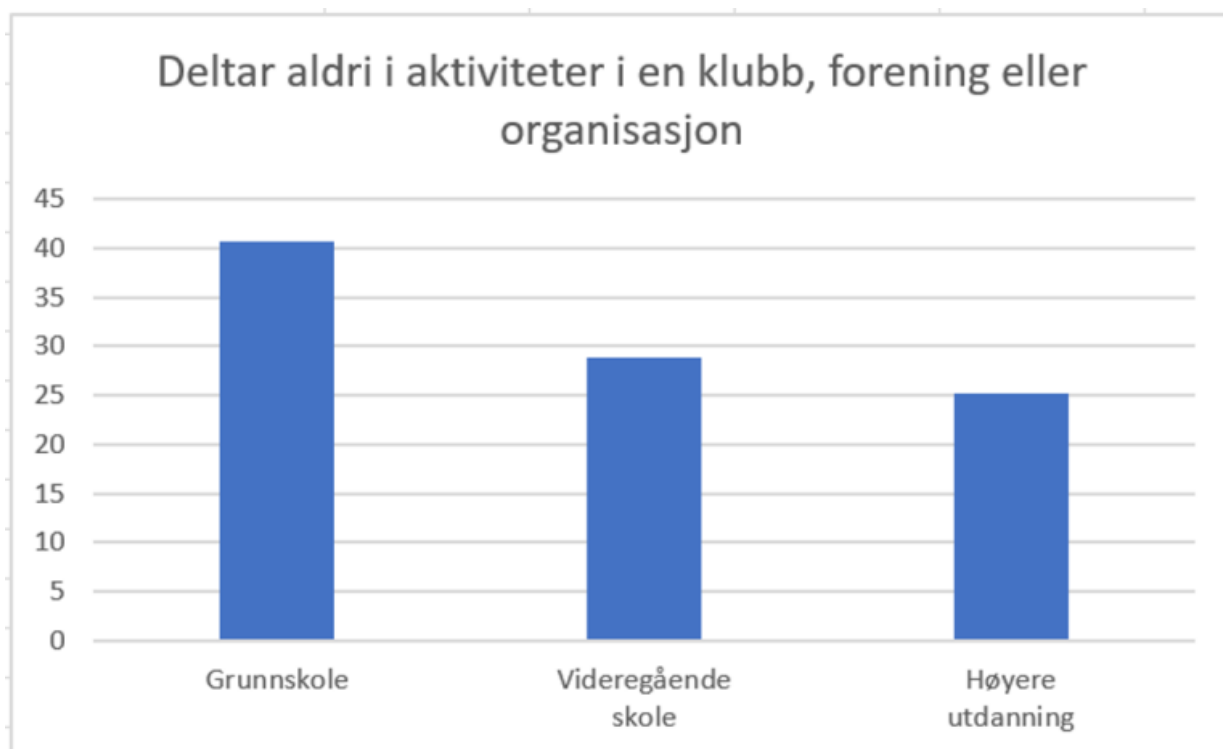
2.3.1 Sosial deltagelse blant voksne og eldre

Deltagelse i frivillige organisasjoner gir tilgang til viktige ressurser – i form av blant annet nettverksbygging, læring og personlig utvikling. Det er derfor relevant å følge med på hvordan grupper i befolkningen tar del i dette, og hvordan deltakelsen utvikler seg over tid.

Indikatorer:

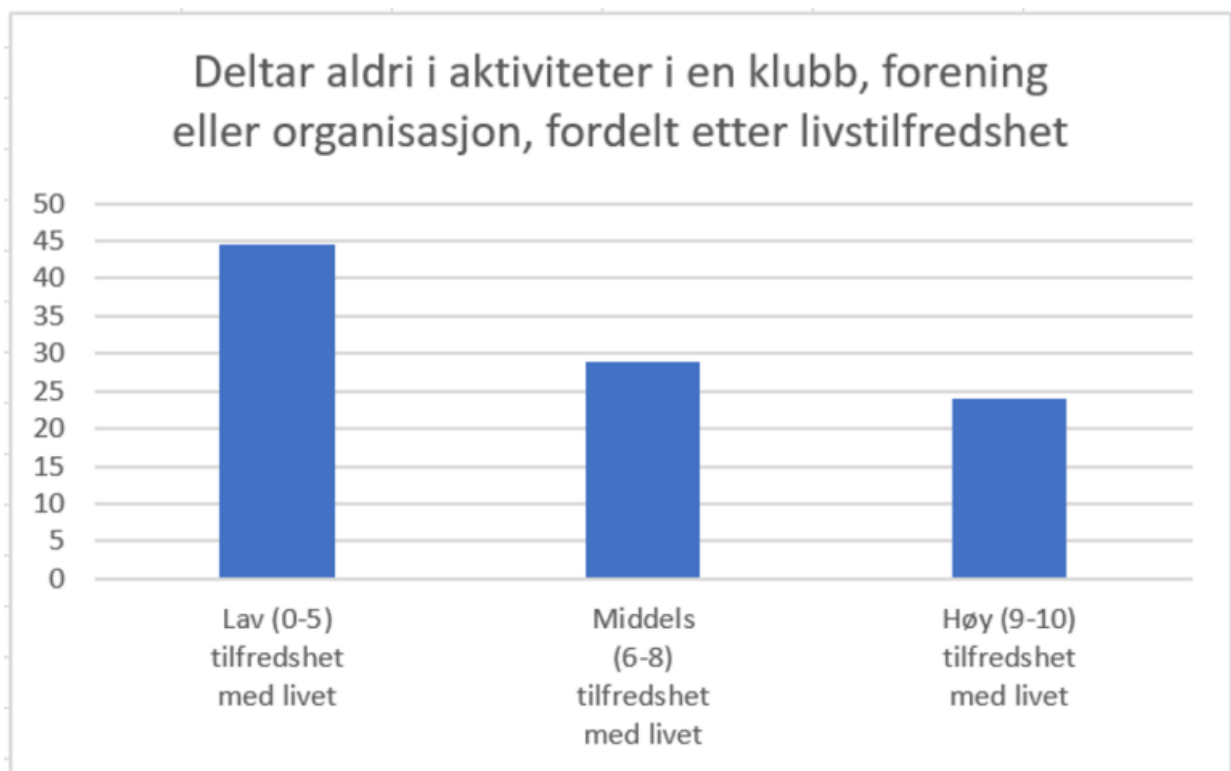
- Andel som aldri deltar i aktiviteter i en klubb, forening eller organisasjon
- Andel som ikke har utført frivillig arbeid for organisasjon(er) siste år

Livskvalitetsundersøkelsen fant at 31 prosent aldri deltar i aktiviteter i en klubb, forening eller organisasjon. Figur 2.9. nedenfor viser disse fordelt etter utdanning. Man ser at det er en sosial ulikhet i deltakelse, hvor 41 prosent av de med grunnskole som høyeste fullførte utdanning aldri deltar i en klubb, forening eller organisasjon. Blant de med høyere utdanning er det 25 prosent som aldri deltar i slike aktiviteter. Dette samsvarer med annen forskning, som finner klare sosiale skiller i organisasjonsdeltagelsen, etter både utdanning og inntekt¹³. Enkelte grupper, som for eksempel personer med minoritetsbakgrunn, er også underrepresentert i deltakelse i alle organisasjonstyper, bortsett fra religiøse foreninger og innvandrerforeninger¹⁴.



Figur 2.9. Andel som aldri deltar i aktiviteter i en klubb, forening eller organisasjon, fordelt etter utdanningsnivå. Kilde: Livskvalitetsundersøkelsen 2020, SSB.

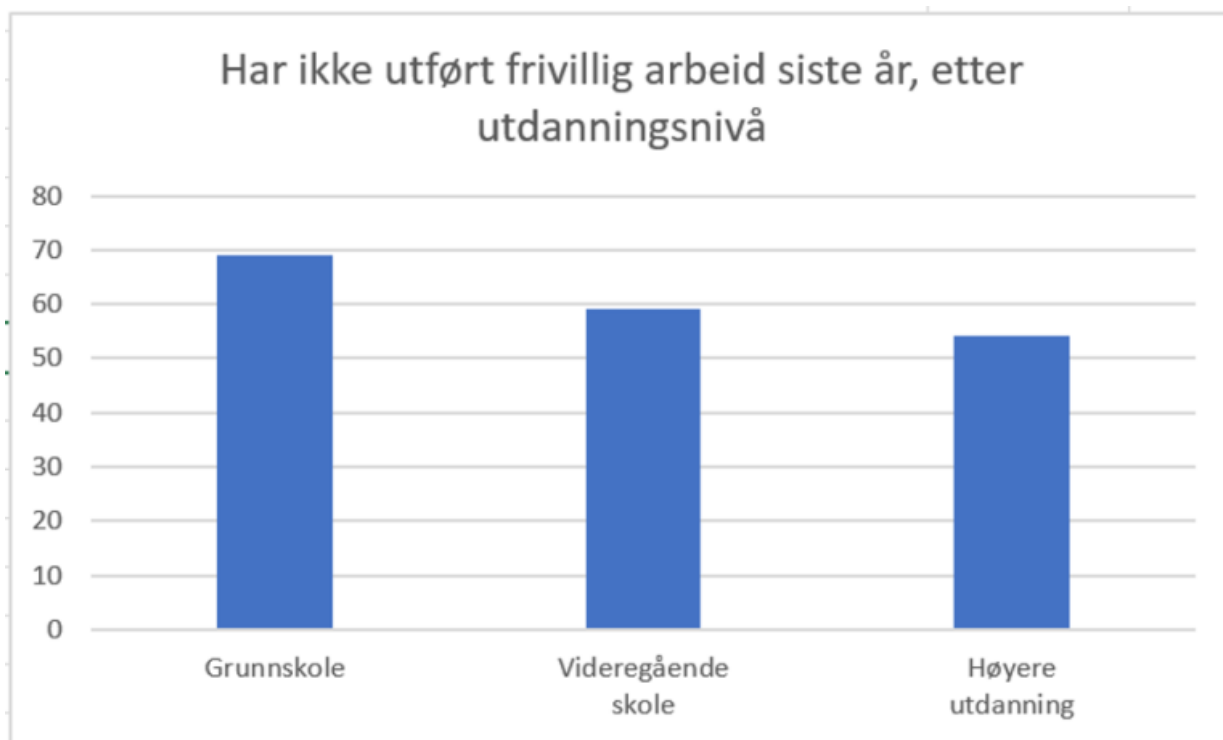
Det er en større andel av de med lav tilfredshet med livet som oppgir at de aldri deltar i en klubb, forening eller organisasjon, sammenliknet med de to andre nivåene av livstilfredshet (se figur 2.10).



Figur 2.10. Andel som aldri deltar i aktiviteter i en klubb, forening eller organisasjon, fordelt etter tilfredshet med livet. Kilde: Livskvalitetsundersøkelsen 2020, SSB.

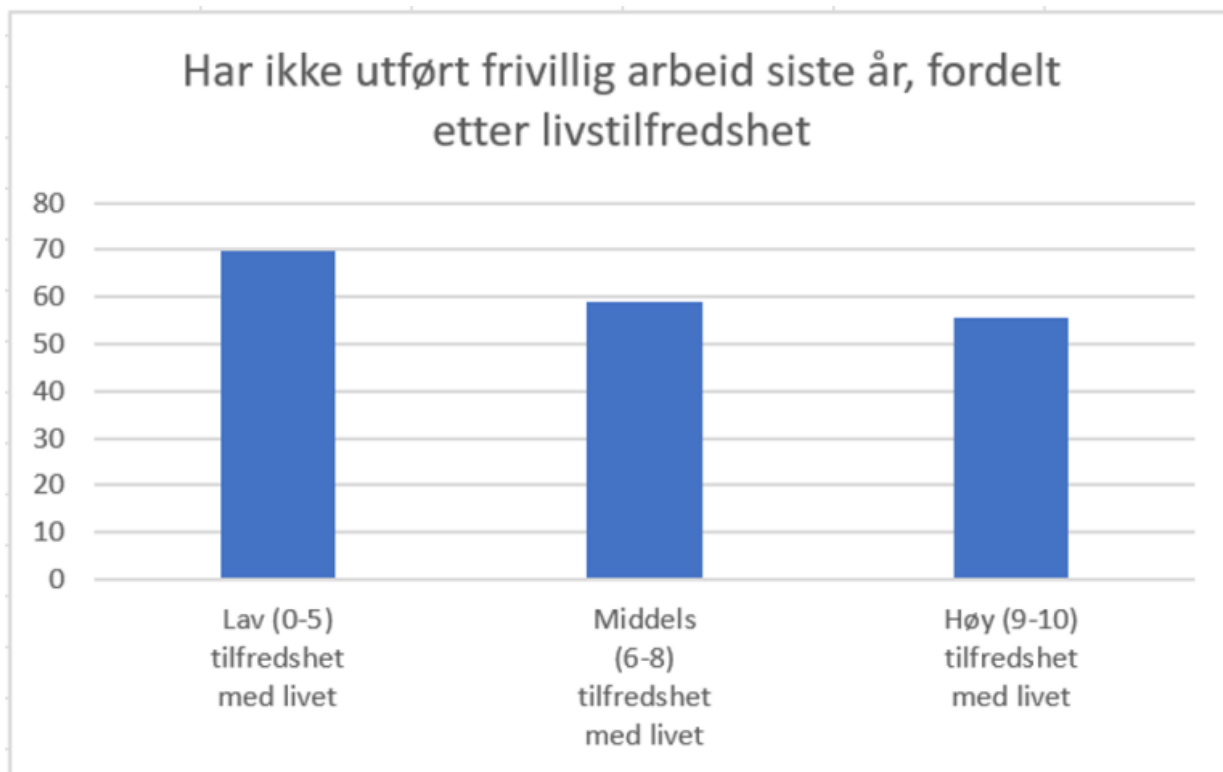
Frivillig sektor er en arena som fremmer sosial integrasjon og deltakelse i frivillig arbeid er derfor en viktig indikator på grad av samfunnsdeltakelse i befolkningen. I livskvalitetsundersøkelsen oppga 60 prosent at de ikke har utført frivillig arbeid for en organisasjon, klubb eller forening siste 12 måneder. Dette samsvarer med tall som tidligere er samlet inn gjennom levekårsundersøkelsene.

Figur 2.11. viser andel som ikke har utført frivillig arbeid etter utdanning. Blant de med grunnskole som høyeste utdanningsnivå er det 69 prosent som ikke har utført frivillig arbeid, mens andelen er på 54 prosent blant de med høyere utdanning. At utførelse av frivillig arbeid varierer etter utdanning, samsvarer med funn fra tidligere undersøkelser¹⁵.



Figur 2.11. Andel som ikke har utført frivillig arbeid siste år, fordelt etter utdanningsnivå. Kilde: Livskvalitetsundersøkelsen 2020, SSB.

Figur 2.12. viser at det er en større andel av de med lav livstilfredshet som oppgir at de ikke deltar i frivillig arbeid, sammenliknet med de to andre tilfredshetsnivåene. Andelen er relativt høy på tvers av alle tilfredshetsnivåer.



Figur 2.12. Andel som ikke har utført frivillig arbeid siste år, fordelt etter tilfredshet med livet. Kilde: Livskvalitetsundersøkelsen 2020, SSB.

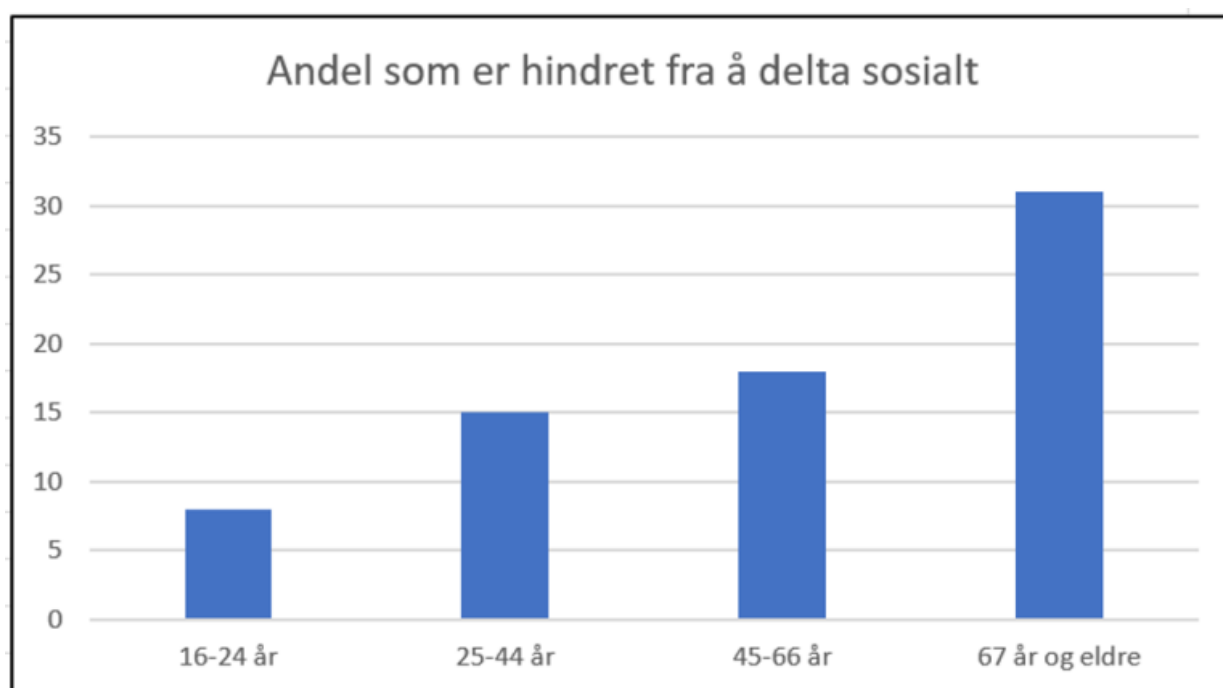
2.3.2 Barrierer for deltagelse blant voksne og eldre

Man kan tenke seg at det finnes mange typer barrierer for deltagelse, både på samfunns- og individnivå. På samfunnsnivå kan for eksempel utformingen av velferdsordningene, ulike typer støtteordninger for frivillighet og krav til fysisk tilrettelegging ha betydning for sosial deltagelse. Dette kapittelet presenterer folks opplevelse av hindringer på individnivå, og hvordan disse fordeler seg mellom aldersgrupper i befolkningen.

Indikatorer:

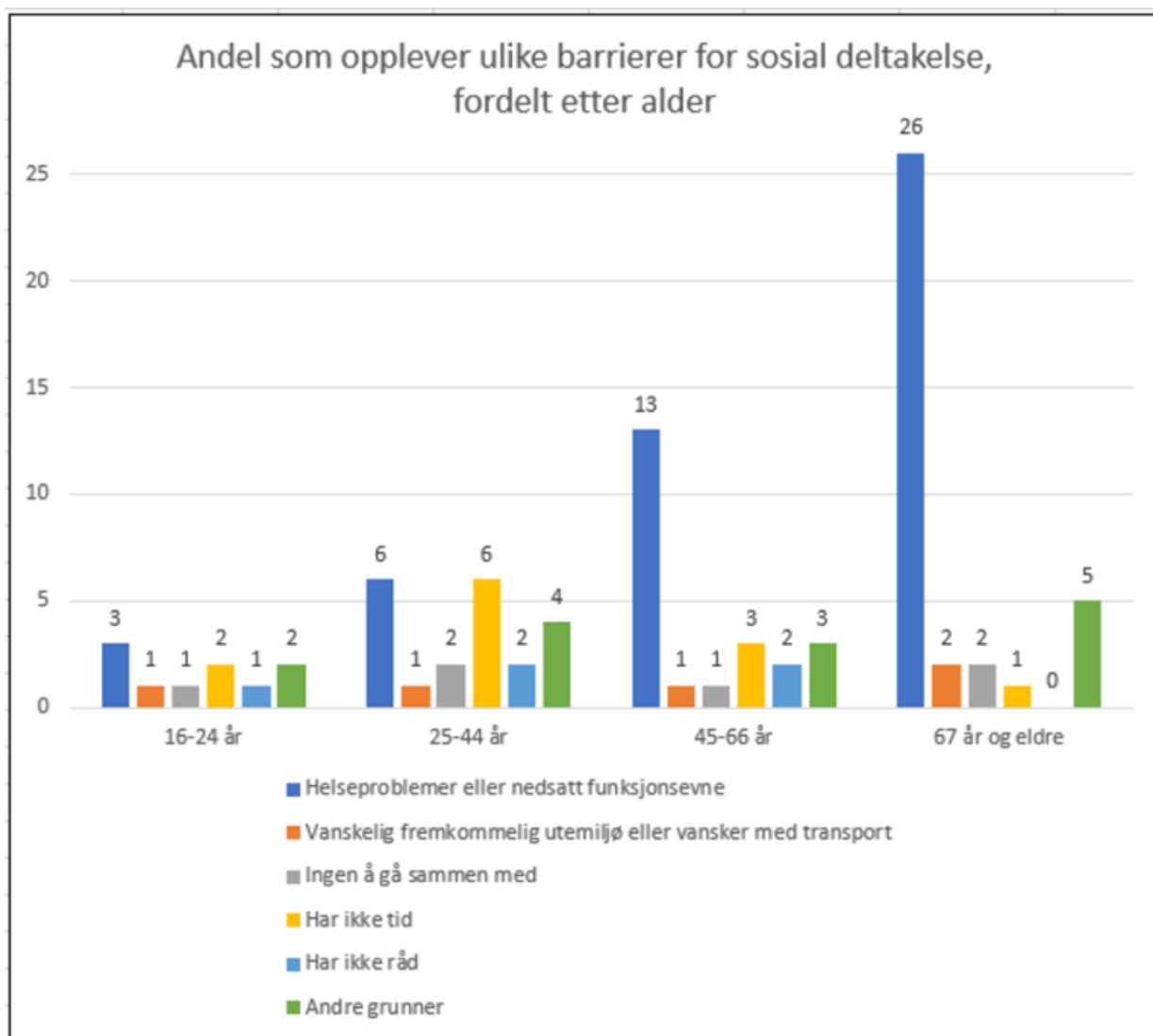
- Andel som er hindret fra å delta sosialt
- Andel som opplever ulike barrierer for sosial deltakelse

I *Levekårsundersøkelsen om helse* fra 2019, blir deltakerne spurt om de opplever barrierer for deltagelse i sosiale aktiviteter som sport eller idrett, dyrke hobbyer eller interesser sammen med andre, delta i kulturelle aktiviteter eller å dra på utflukter og turer sammen med andre. Av figur 2.13. ser vi at andelen av de som opplever barrierer for slike aktiviteter øker med alderen. Blant de som er 67 år og eldre er det hele 31 prosent som opplever barrierer for deltagelse. Resultatet var omtrent det samme som i 2015-undersøkelsen.



Figur 2.13. Andel som er hindret fra å delta sosialt, fordelt etter alder. Prosent. Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse 2019, SSB

De som oppgir at de er hindret fra å delta i sosiale aktiviteter rapporterer også om hva slags barriere som hindrer dem fra å delta, se figur 2.14. Barrieren som forekommer oftest, er knyttet til helse eller nedsatt funksjonsevne og andelen som oppgir dette øker med alderen.



Figur 2.14. Andel som opplever ulike barrierer for sosial deltakelse, fordelt etter alder. Prosent.

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse 2019, SSB.

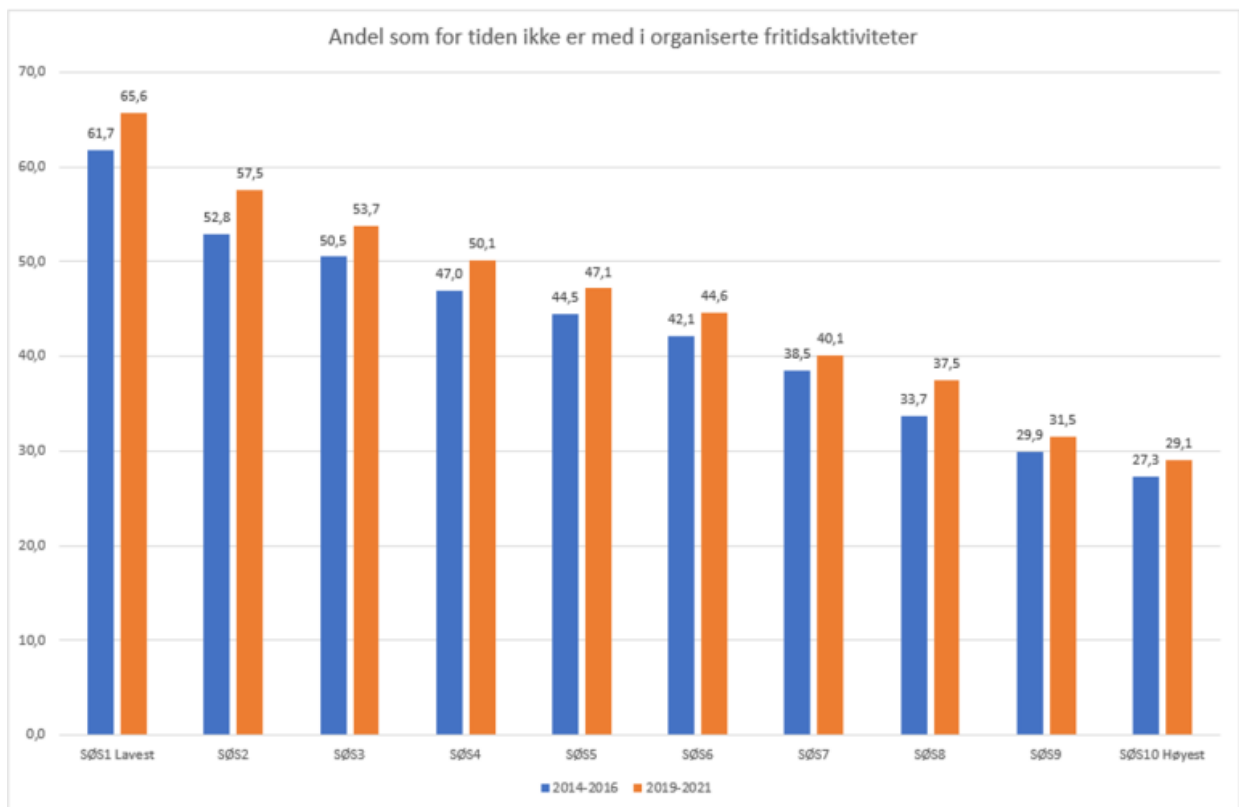
Barstad og Sandvik¹⁵ fant at det er mer vanlig å oppleve hindringer fra sosial deltaking blant grupper med lav utdanning og inntekt. I likhet med dataene presentert i figur 2.14, fant også Barstad og Sandvik at hindringer som skyldes helseproblemer er de mest utbredte, og at de bidrar mye til forskjellene mellom utdannings- og inntektsgruppene. De med lav sosioøkonomisk status opplever oftere helseproblemer sammenliknet med grupper med høy sosioøkonomisk status, og de er derfor også oftere ekskludert fra viktige helsefremmende arenaer som for eksempel arbeidsliv.

2.3.3 Sosial deltagelse blant barn og unge

Lag og foreninger representerer viktige arenaer for sosialt samvær, opplevelse av tilhørighet og mening, og gir en annen type læring og erfaringer for unge enn den skolen representerer. I tillegg vil deltagelse i fritidsorganisasjoner kunne ha en forebyggende effekt på ensomhet, utenforskap, og risikoatferd som for eksempel rusbruk.

Indikatorer:

- Andel unge som for tiden ikke er med i organiserte fritidsaktiviteter



Figur 2.15. Andel unge som for tiden ikke er med i organiserte fritidsaktiviteter, fordelt etter sosioøkonomisk gruppe. Prosent. Kilde: Ungdata-undersøkelsen, NOVA.

Figur 2.15. viser andel ungdom som svarer «Nei, jeg har aldri vært med» eller "Nei, men jeg har vært med tidligere" på spørsmålet: «Er du, eller har du tidligere vært, med i noen organisasjoner, klubber, lag eller foreninger etter at du fylte 10 år?», fordelt etter sosioøkonomiske grupper. Det var totalt en andel på 48 prosent som oppga dette i Ungdata-undersøkelsen fra 2021. Andelen som ikke har deltatt har økt på tvers av alle sosioøkonomiske grupper i årene 2019-2021, sammenliknet med i 2014-2015.

Figuren viser også en tydelig sosial ulikhet: andelen som ikke deltar er større blant gruppene med lav sosioøkonomisk status enn den er blant gruppene med høyere sosioøkonomisk status. Gruppen med lavest sosioøkonomisk status har mer enn dobbelt så stor andel som ikke deltar i organiserte fritidsaktiviteter, sammenliknet med gruppen med høyest sosioøkonomisk status.

Forskning som har benyttet Ungdata-tall over flere år finner tydelige sosiale forskjeller i unges deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter, særlig idretts- og kulturaktiviteter¹⁶. Familiens inntekt har mye å si for deltakelse i idretten, og denne betydningen ser ut til å ha økt de siste årene. Familiens kulturelle kapital virker å være viktigere enn økonomiske ressurser når det kommer til deltakelse i fritidsaktiviteter som kor, korps og musikkskole. Blant ungdom som deltok på fritidsklubb er det et omvendt sosialt mønster: andelen som deltar fra familier med lav sosioøkonomisk status er størst. I religiøse foreninger er det omtrent ikke sosiale forskjeller i deltakelse. Det kan derfor se ut til å være en viss grad av sosial sortering i fritidsaktivitetene i Norge, hvor ungdom med forskjellig bakgrunn og ressurser kanaliseres inn i forskjellige fritidsaktiviteter.

Oppvekstrapporten, som utgis av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), slår fast at andelen barn som ikke deltar i ulike aktiviteter av økonomiske årsaker er relativt liten og langt mindre enn i andre land¹⁷. En kartlegging av SSB fant at andelen blant barnefamilier med lav inntekt som ikke deltar regelmessig i organisert fritidsaktivitet på grunn av trang økonomi, er på fire prosent, mens andelen blant barnefamilier forøvrig er på to prosent¹⁸.

¹³ Barstad og Sandvik (2015). Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet. En analyse av ulikhet i sosiale relasjoner med utgangspunkt i levekårsundersøkelsene. Helsedirektoratet (IS-2387).

¹⁴ Eimhjellen, Espegren, Nærland og Uberg (2021). Sivilsamfunn og integrering. En kunnskapsoppsummering. Bergen/Oslo: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.

¹⁵ Barstad og Sandvik (2015). Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet. En analyse av ulikhet i sosiale relasjoner med utgangspunkt i levekårsundersøkelsene. Helsedirektoratet (IS-2387).

¹⁶ Jacobsen m.fl. (2021). Sosial ulikhet i barn og unges deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter. Bergen/Oslo: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.

¹⁷ Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2017). Oppvekstrapporten 2017. Økte forskjeller – gjør det noe?

¹⁸ Sandvik (2016). Hver femte familie med lav inntekt har ikke råd til ferie. SSB.

2.4

Samfunn og medvirkning

Demokratiske samfunn som legger til rette for deltagelse og medvirkning, er kjennetegnet av høy grad av tillit og sosial kapital¹⁹. Et levende demokrati med bred og likeverdig deltakelse der grunnleggende menneskerettigheter respekteres, er et overordnet samfunns mål. Muligheten til å påvirke og forme samfunnet rundt seg og kunne gi uttrykk for sine synspunkter og meninger er også med på å styrke individets følelse av autonomi, som er et grunnleggende behov hos mennesker²⁰.

Hvor godt det politiske systemet og det offentlige tjenesteapparatet fungerer betyr mye for både befolkningens tilgang til likeverdig tjenester av god kvalitet og befolkningens muligheter til å delta politisk gjennom å utøve sine demokratiske rettigheter. Dette vil av de fleste bli ansett som et gode i seg selv, men har sannsynlige konsekvenser også for helse og livskvalitet, direkte eller indirekte.

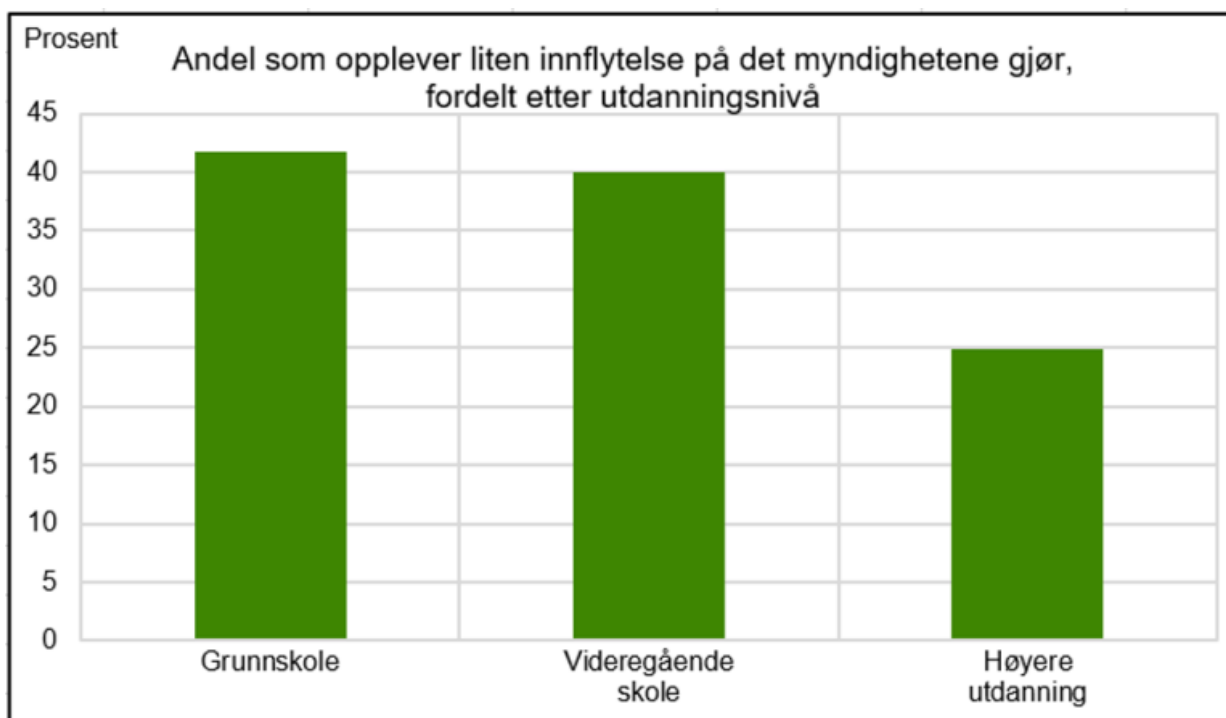
I denne delen presenteres noen indikatorer som er relevante for samfunn og medvirkning.

Indikatorer:

- Andel som opplever at folk som dem har liten innflytelse på det myndighetene gjør
- Andel som opplever lite trygghet på at det offentlige gir hjelpen man trenger ved sykdom eller skade
- Andel som har opplevd diskriminering
- Andel unge som har opplevd seksuell trakassering

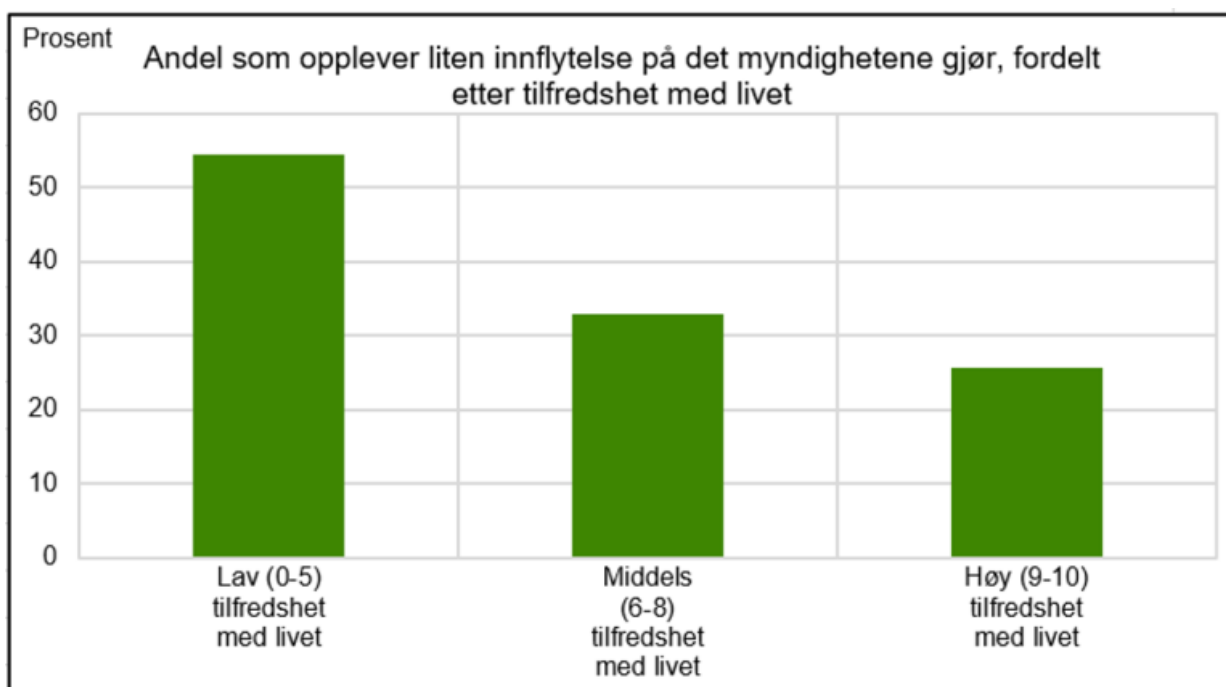
Godt fungerende samfunn vokser fram i samarbeid mellom myndigheter, innbyggere og sivilsamfunnet. Det er et viktig demokratisk prinsipp at så mange som mulig får mulighet til å medvirke i saker som angår dem selv²¹. Derfor er også medvirkning ett av de grunnleggende prinsippene som folkehelseloven er basert på.

Ganske mange (36 prosent) svarer at de opplever å ha liten innflytelse på det myndighetene gjør. Figur 2.16. viser hvordan disse fordeler seg etter utdanning. Blant de med grunnskoleutdanning eller videregående utdanning som høyeste fullførte utdanningsnivå, er det henholdsvis 42 og 40 prosent som oppgir at de opplever å ha liten innflytelse på det myndighetene gjør. Andelen blant de med høyere utdanning er på 25 prosent.



Figur 2.16. Andel som opplever at folk som dem har liten innflytelse på det myndighetene gjør, fordelt etter utdanningsnivå. Kilde: Livskvalitetsundersøkelsen 2020, SSB.

Figur 2.17. viser at det er en sammenheng mellom opplevd innflytelse i samfunnet og grad av tilfredshet med livet. Blant de med lav livstilfredshet er det 55 prosent som opplever at de har liten innflytelse på det myndighetene gjør. Dette er mer enn det dobbelte av andelen blant de med høy livstilfredshet, som er på 26 prosent.

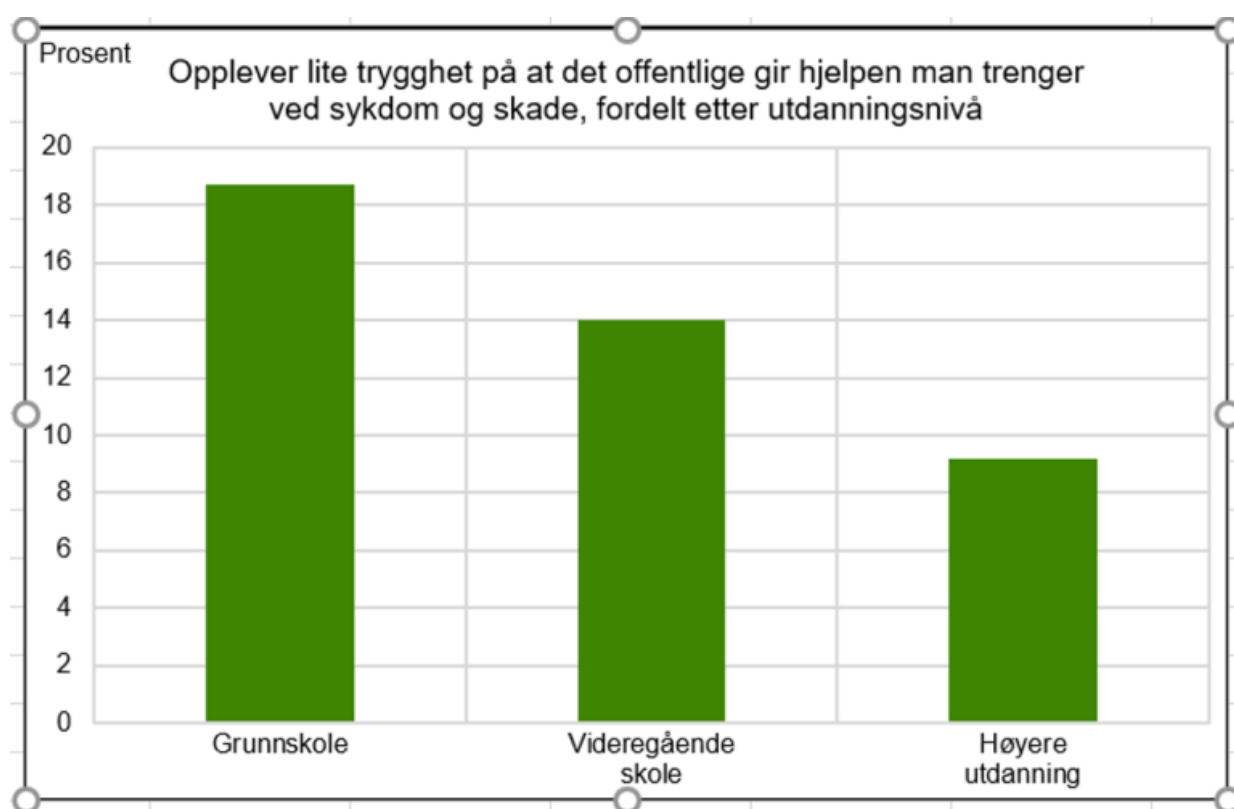


Figur 2.17. Andel som opplever liten innflytelse på det myndighetene gjør, fordelt etter tilfredshet med livet. Kilde: Livskvalitetsundersøkelsen 2020, SSB.

Det er ikke nødvendigvis en direkte sammenheng mellom offentlige tjenestetilbud og graden av livskvalitet, men tjenestetilbudet er et viktig redskap som det offentlige rår over og som kan bidra til å fremme opplevelse av trygghet, tilfredshet og god helsetilstand. I livskvalitetsundersøkelsen blir deltakerne spurt

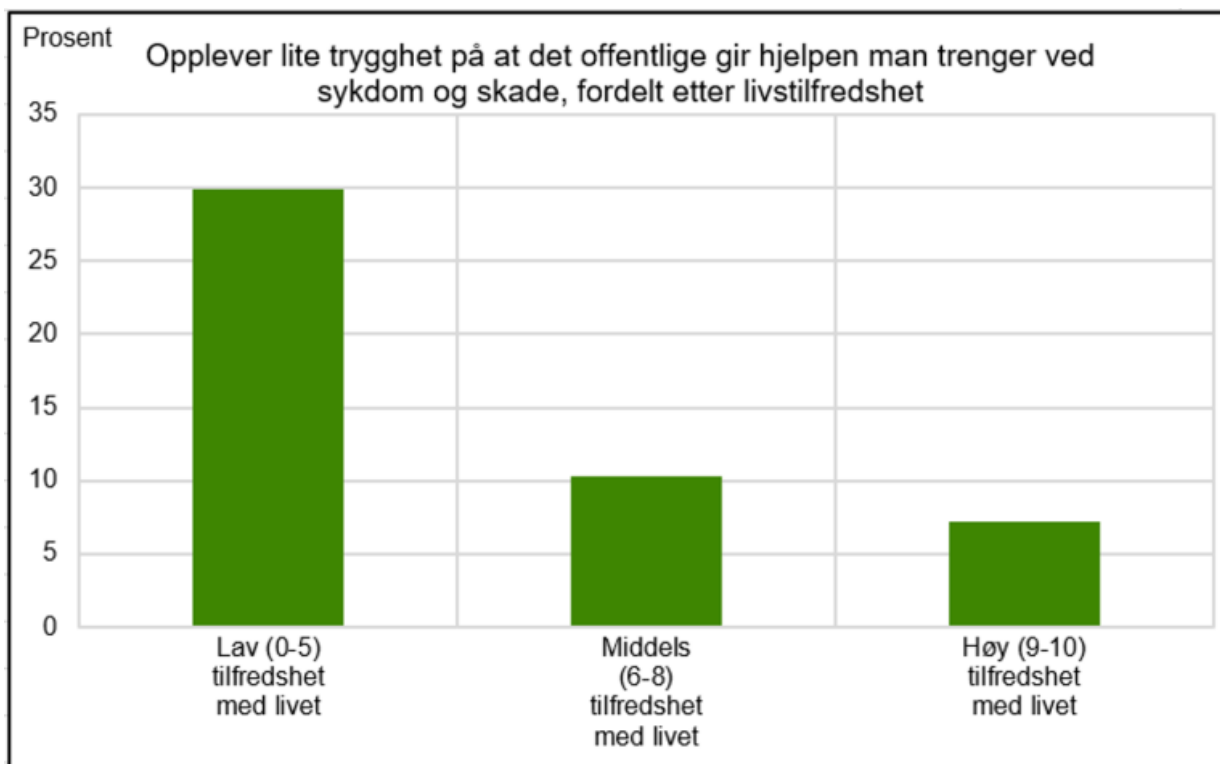
om hvor trygge de føler seg på at det offentlige gir den hjelpen de trenger i ulike situasjoner (sykdom eller skade, arbeidsledighet, uførhet, ved alderdom). Nær 60 prosent oppgir at de føler seg svært trygge på at de vil få den hjelpen de trenger fra helsevesenet dersom sykdom eller skade oppstår. Til sammenlikning er det kun én av tre som føler seg like trygge på at de vil få den hjelpen de trenger fra det offentlige ved arbeidsledighet. Andelen som rapporterer om lav tilfredshet med livet er imidlertid størst blant de som føler seg utrygge på å få den hjelpen de trenger ved sykdom eller skade.

I livskvalitetsundersøkelsen er det totalt 14 prosent som oppgir at de følte seg lite trygge på å få nødvendig hjelp ved sykdom eller skade. Figur 2.18. viser hvordan disse fordeler seg etter utdanningsnivå. Blant de med grunnskoleutdanning som høyeste fullførte utdanning, er det 19 prosent som er lite trygge på at de vil få nødvendig hjelp ved sykdom eller skade. Bare ni prosent av de med høyere utdanning er lite trygge på dette.



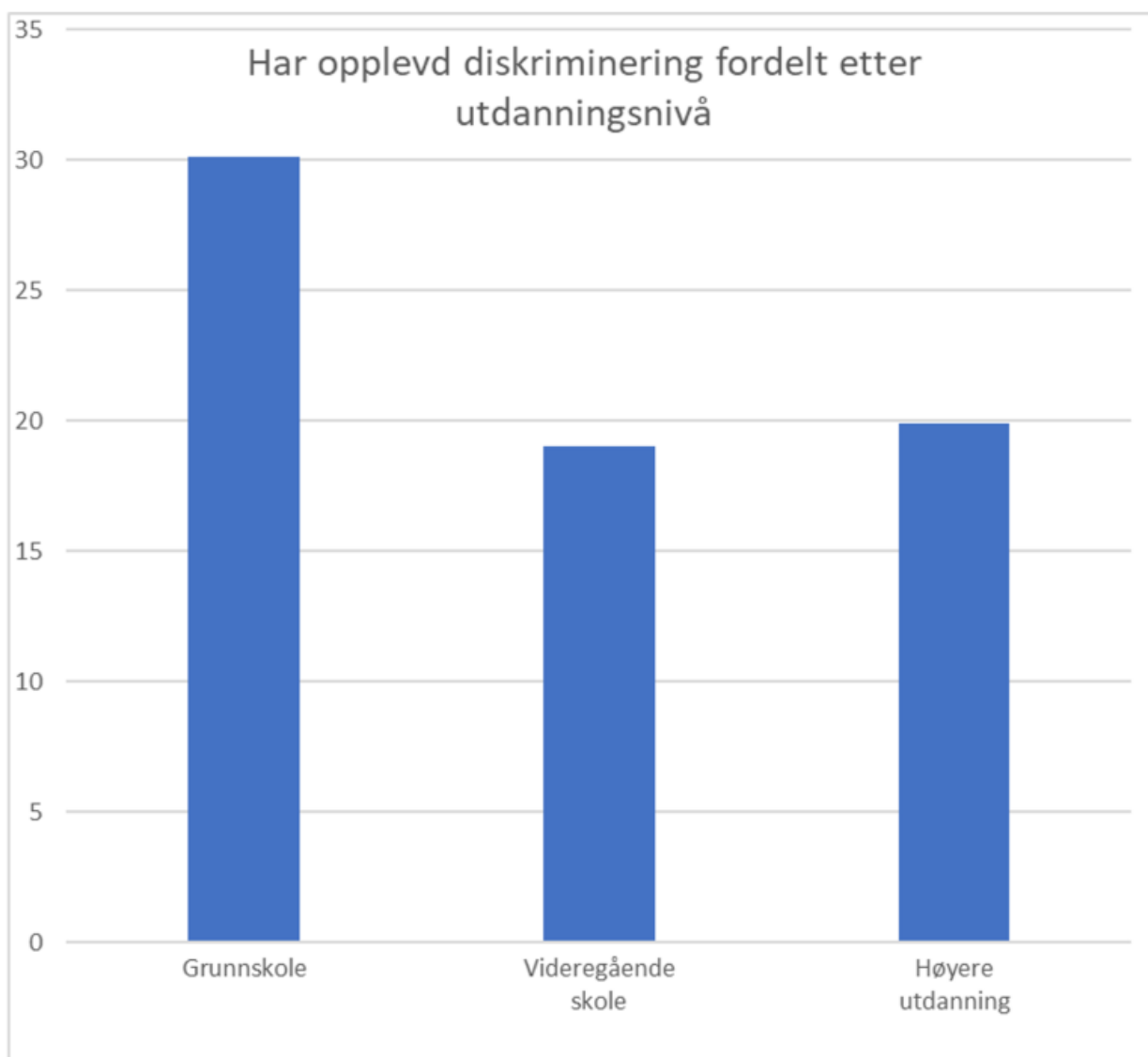
Figur 2.18. Opplever lite trygghet på at det offentlige gir hjelpen man trenger ved sykdom og skade, fordelt etter utdanningsnivå. Kilde Livskvalitetsundersøkelsen 2020, SSB.

Figur 2.19. viser at det er en tydelig sammenheng mellom tilfredshet med livet og om man opplever lite trygghet på at det offentlige gir hjelpen man trenger ved sykdom og skade. Blant de med lav livstilfredshet, oppgir hele 30 prosent at de opplever lite trygghet på dette. Blant de med høy tilfredshet med livet er denne andelen kun syv prosent. Dette kan ha sammenheng med at helse er en viktig faktor for høy livstilfredshet. Blant de med lav livstilfredshet er det derfor en større andel som vurderer egen helse som dårlig, og som trolig i større grad også behøver mer hjelp fra helsevesenet sammenliknet med de med høy livstilfredshet.



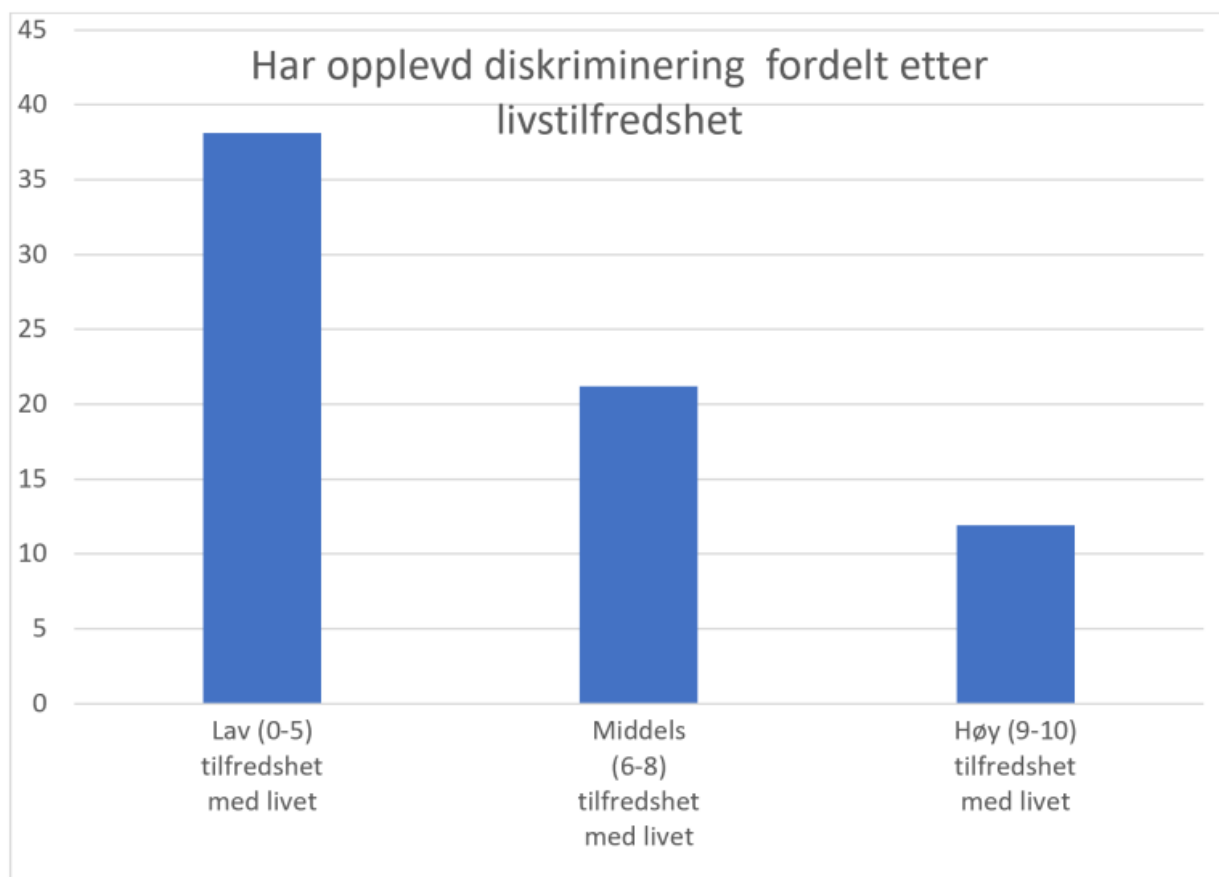
Figur 2.19. Andel som opplever lite trygghet på at det offentlige gir hjelpen man trenger ved sykdom og skade, fordelt etter tilfredshet med livet. Kilde: Livskvalitetsundersøkelsen 2020, SSB.

Likestillings- og diskrimineringsloven har som formål å fremme likestilling og hindre diskriminering på grunn av "kjønn, graviditet, permisjon ved fødsel eller adopsjon, omsorgsoppgaver, etnisitet, religion, livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk, alder og andre vesentlige forhold ved en person i alle deler av samfunnet". Likevel er det nesten 25 prosent som oppga i livskvalitetsundersøkelsen 2020 at de har opplevd en form for diskriminering eller urettmessig forskjellsbehandling på grunn av kjønn, alder, sykdom/skade, funksjonshemming, etnisk bakgrunn, hudfarge, religion/livssyn, politiske holdninger eller seksuell identitet. Av figur 2.20. ser man at 30 prosent av de med grunnskole som høyeste fullførte utdanningsnivå oppgir at de har opplevd en form for diskriminering. Blant de med videregående skole og høyere utdanning er andelene som har opplevd diskriminering henholdsvis 19 og 20 prosent.



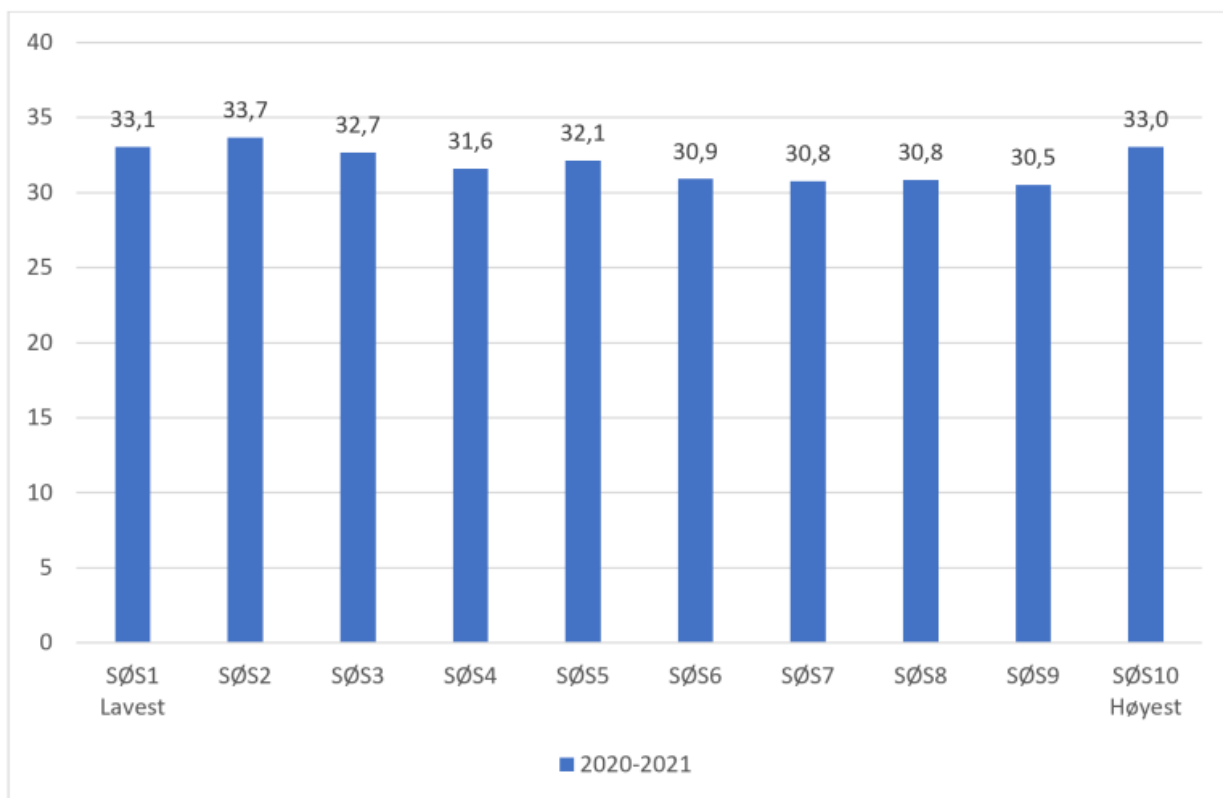
Figur 2.20. Andel som har opplevd diskriminering, fordelt etter utdanningsnivå. Kilde: Livskvalitetsundersøkelsen 2020, SSB.

Figur 2.21. viser at hele 38 prosent av de som har lav livstilfredshet rapporterer at de har opplevd diskriminering, mens andelen blant de med høy livstilfredshet kun er 12 prosent. SSB fant at det særlig er de som opplever å ha blitt utsatt for forskjellsbehandling på grunn av funksjonshemming, sykdom/skade eller seksuell identitet som har lav tilfredshet med livet²³. Over halvparten av disse har lav livstilfredshet.



Figur 2.21. Andel som har opplevd diskriminering, fordelt etter tilfredshet med livet. Kilde: Livskvalitetsundersøkelsen 2020, SSB.

I Ungdata-undersøkelsen ble det fra og med 2020 stilt spørsmål om elever på ungdomsskolen og videregående har opplevd seksuell trakassering, i form av uønsket seksuell beføling, ryktespredning og verbal trakassering. Totalt er det så mange som litt over 30 prosent av unge som oppgir å ha opplevd dette. Basert på figur 2.22. nedenfor ser man at det ikke ser ut til å være noe tydelig sosioøkonomisk mønster i hvem som rapporterer om å bli utsatt for seksuell trakassering. Det er derimot en kjønnsforskjell ved at flere jenter oppgir å bli utsatt for seksuell trakassering enn gutter, men det er også en del gutter som blir utsatt for denne typen trakassering.



Figur 2.22. Andel som har opplevd seksuell trakassering siste år, fordelt etter sosioøkonomisk gruppe. Kilde: Ungdata-undersøkelsene, NOVA.

¹⁹ Rothstein (2014). Human well-being and the lost relevance of political science. Max Weber Lecture No.2014/03. European University Badia FiesOlanea.

²⁰ Barstad (2014). Levekår og livskvalitet. Vitenskapen om hvordan vi har det. Cappelen Damm Akademisk.

²¹ Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2014). Medvirkning i planlegging. Hvordan legge til rette for økt deltakelse og innflytelse i kommunal og regional planlegging etter plan- og bygningsloven https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/KMD/PLAN/medvirkningsveileder/H2302B_veileder_medvir

²² Nes m.fl. (2018). Livskvalitet. Anbefalinger for et bedre målesystem. Helsedirektoratet og FHI.

²³ Støren, Rønning og Gram (2020). Livskvalitet i Norge 2020. SSB-rapport 2020/35.

Trygge og helsefremmende miljøer

Det fysiske miljøet som omgir oss, enten det er naturskapt eller menneskeskapt, er grunnleggende for helse, trivsel og livskvalitet, og for menneskelig utfoldelse, vekst og utvikling. Folkehelseloven uttrykker klart at innsats skal rettes mot miljø- og samfunnsforhold som bidrar til god helse eller hindrer at sykdom og skade oppstår. Som kvaliteter i trygge og helsefremmende miljøer kan nevnes tilgjengelighet, deltagelse og universell utforming, infrastruktur for aktiv transport, sunne, aktivitetsfremmende og grønne nærmiljøer, gode boliger og bomiljøer og trygge omgivelser.

Det fysiske miljøet handler også om å opprettholde et klima i balanse. FNs sjette klimarapport¹ (IPCC - FNs klimapanel 2021) har på ny slått fast at den globale gjennomsnittstemperaturen har økt, og at oppvarmingen skyldes menneskeskapt klimagassutslipp. Ekstremvær som hetebølger og styrtregn blir vanligere. Det er behov for raske og omfattende utslippskutt for å kunne begrense oppvarmingen til 1,5 grader. Det er samtidig viktig å tilpasse samfunnet til klimaendringene som allerede er der og fortsatt vil pågå. Norges befolkning har generelt god helse, men virkninger av klimaendringer vil samtidig få betydning for folkehelsen. I årets utgave av Sektorrapport – folkehelse er det derfor et nytt underkapittel om helse og klima.

¹ IPCC - FNs klimapanel (2021). Se omtale hos Miljødirektoratet:

<https://www.miljodirektoratet.no/ansvarsomrader/klima/fns-klimapanel-ipcc/dette-sier-fns-klimapanel/sjette-hover>

3.1

Helsefremmende miljø og lokalsamfunnsutvikling

Tilgang til helsefremmende nærmiljø og gode lokalsamfunn er av betydning for folkehelsen. I dette underkapitlet omtaler vi bolig, by og nærmiljøutvikling, tilgang til natur- og rekreasjonsområder og friluftsliv, samt anlegg for fysisk aktivitet og idrett. Kapitlet omhandler først og fremst de fysiske miljøbetingelsene som har betydning for befolkningens helse, for eksempel tilrettelegging for fysisk aktivitet, mens befolkningens aktivitetsnivå omtales i kapittel 4. Sosiale miljøfaktorer blir omtalt i kapittel 2.

Studier viser at friluftsliv favner jevnere blant ulike lag av befolkningen enn andre former for fysisk aktivitet². Trenden er bl.a. at en stadig større andel i den eldre befolkning bruker turstier, lysløyper og turveier. For at eldre skal benytte seg av friluftsområder er det viktig med kort avstand og lett adkomst til disse i nærmiljøet. Bevaring og tilrettelegging av grøntområder, kan bidra til økt nærfriluftsliv og bedre folkehelse, i tillegg til håndtering av overvann ved mye nedbør.

3.1.1 Bolig, by- og nærmiljøutvikling

Gode boliger og boområder er positivt for å fremme gode og helsefremmende miljøer. En trygg og stabil bosituasjon skaper økt trivsel og velvære og er viktig for å fremme deltagelse på ulike arenaer i samfunnet. Uten en god bolig med tilstrekkelig plass og godt innklima er det vanskeligere å ta utdanning, delta i arbeidslivet og ha et vanlig sosialt liv. Et godt bomiljø er kjennetegnet av både fravær av støy og forurensning og tilgang til gode møteplasser og rekreasjonsområder.

Statistisk sentralbyrå anslår at rundt 3,5 pst. av befolkningen (179 000 personer) var vanskeligstilte på boligmarkedet i 2019. Det var i overkant av 4 000 flere enn i 2018, og 22 000 flere enn i 2015. I beregningen av hvem som er vanskeligstilte på boligmarkedet legger Statistisk sentralbyrå til grunn husholdninger med lavinntekt, og som i tillegg bor trangt og/eller har høy gjeldsbelastning.

Det er en målsetting i norsk boligpolitikk at flest mulig skal eie sin egen bolig. Tall fra Statistisk sentralbyrå sitt boforholdsregister kartlegger blant annet eierstatus og boligstandard. Siste tall fra 2020 viser at 81,8 prosent av personene eier egen bolig mens omtrent 18,2 prosent leier bolig (tabell x-1). Tallene viser at leieandelen har økt med 1 prosentpoeng fra 2015. De aller fleste, det vil si 88 prosent av befolkningen bor romslig, mens 10,2 prosent opplever trangboddhet (Statistisk sentralbyrå, 2020). Dette er omtrent på samme nivå som i 2015.

Tabell 3-1 Eierstatus og trangboddhet blant norske personer. 2015 – 2020 Prosent. Kilde: SSB

	2015	2020
Eier	82,8	81,8
Leier	17,2	18,2
Romslig	87,5	88
Trangbodd	10,3	10,2
Uoppgitt	2,2	1,8

Selv om de aller fleste i Norge bor godt, viser NOU 2020:16 – Levekår i byer³ at levekårsutviklingen har gått i negativ retning i enkelte byområder. Situasjonen er særlig utfordrende i enkelte områder. Andelen barn som vokser opp i fattige familier er høy i noen av disse områdene. Flere byer har områder der situasjonen har forverret seg mer enn for landet og byen som helhet. Mange barnefamilier bor trangt og mange av de som leier bolig har ustabile boforhold⁴.

Stat og kommuner samarbeider om en særskilt innsats i enkelte områder i storbyene der det er en stor konsentrasjon av sammensatte levekårsutfordringer. Særskilte innsatser med statlig støtte er igangsatt i Oslo, Bergen Trondheim, Drammen og Stavanger. Viktige satsingsområder er fysiske tiltak som bidrar til å øke kvaliteten i bygninger og uteområder og til utvikling av nye bomiljøtiltak og nye boligkonsepter, etablering og oppgradering av fysiske møteplasser- og aktivitetsområder sammen med tiltak for å stimulere til fysisk og sosial aktivitet.

² Breivik og Rafoss (2017). Fysisk aktivitet; omfang, tilrettelegging og sosial ulikhet. NIH, UiT, Helsedirektoratet 2017. [IS-0613](#)

³ NOU 2020: 16. Levekår i byer — Gode lokalsamfunn for alle. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2020-16/id2798280/>

⁴ Statistisk sentralbyrå (2021). Eierstatus og trangboddhet blant norske personer 2015 – 2020. <https://www.ssb.no/bygg-bolig-og-eiendom/bolig-og-boforhold/statistikk/boforhold-registerbasert>

3.2

Tilgang til natur- og rekreasjonsområder, friluftsliv og idrett

Generelt er mennesker mer aktive dersom parker, grøntområder, anlegg for rekreasjon, mosjon og idrett, og viktige møtepunkter som skoler og butikker, ligger i nærheten av hjemmet eller arbeidsplassen. Nærhet til grønne områder påvirker også helsen positivt ved å bidra til mindre stress, bedre mental helse, trivsel og økt levetid på tvers av sosiale skillelinjer⁵. Betydningen av natur i nærmiljøet har vært særlig tydelig under koronapandemien. En kartlegging fra friluftsområdene i Oslo viste bl.a. en tredobling av bruken av slike områder⁶.

Nærmiljøet bør tilby naturopplevelse og stimulere til aktivitet, både blant barn, voksne og eldre. Møteplasser i og i nærheten av boligområder stimulerer til sosial kontakt og tilhørighet. Den lokale aktiviteten i idrettslag og friluftslivsorganisasjoner, genererer daglig mye fysisk aktivitet og er en viktig bidragsyter i folkehelsesammenheng. Tall fra Statistisk Sentralbyrå⁷ viser at spesielt for befolkningen med lav sosial status er tilrettelagte friluftslivsaktiviteter viktige. I en undersøkelse om barns deltakelse i friluftsliv i Oslo kom det fram at til tross for at barn fra minoritets- og lavinntektsgrupper i liten grad driver friluftsliv på egenhånd er det populært for mange å delta i organiserte friluftslivsaktiviteter.

Barn, eldre og mennesker med funksjonsnedsettelse har kortere aksjonsradius enn voksne. Det betyr at tilrettelegging og nærhet til nærområder som gir mulighet for fysisk aktivitet og naturopplevelse må vektlegges.



Å være fysisk aktiv i naturen og nærmiljøet er den aktiviteten nordmenn oppgir at de helst ønsker å gjøre mer av⁸ (Klima- og miljødepartementet 2016). Både det nære og det mer fjerne friluftslivet er viktig av rekreasjonshensyn, men også for å være i aktivitet. 77 prosent rapporterer at de har vært på kortere spasertur i naturomgivelser i nærmiljøet og 55 prosent har vært på lengre fottur i skogen eller på fjellet⁹.

Det er utviklet to indikatorer på som viser tilgang til rekreasjonsområder og nærturterreng¹⁰. Den ene gjelder mindre rekreasjonsarealer innen en avstand på 200 meter, den andre større grønne arealer (omtalt som nærturterreng) innen en avstand på 500 meter for definisjoner, se nedover på siden).

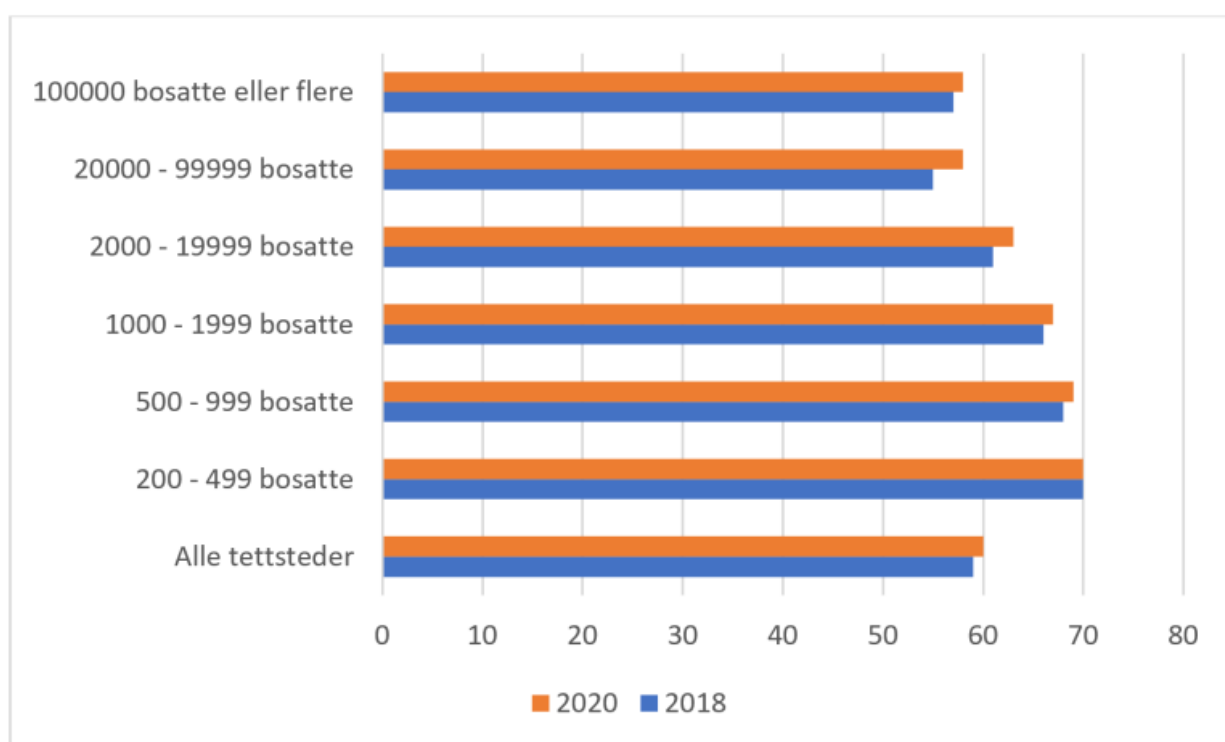
Indikatorer:

- Andel av befolkningen som har trygg tilgang til leke- og rekreasjonsarealer innen en avstand på 200 meter (parker, lekeplasser, mindre friareal m.m.)

- Andel av befolkningen som har trygg tilgang til nærturterreng innen en avstand på 500 meter

3.2.1 Andel av befolkningen som har trygg tilgang leke- og rekreasjonsarealer innen en avstand på 200 meter

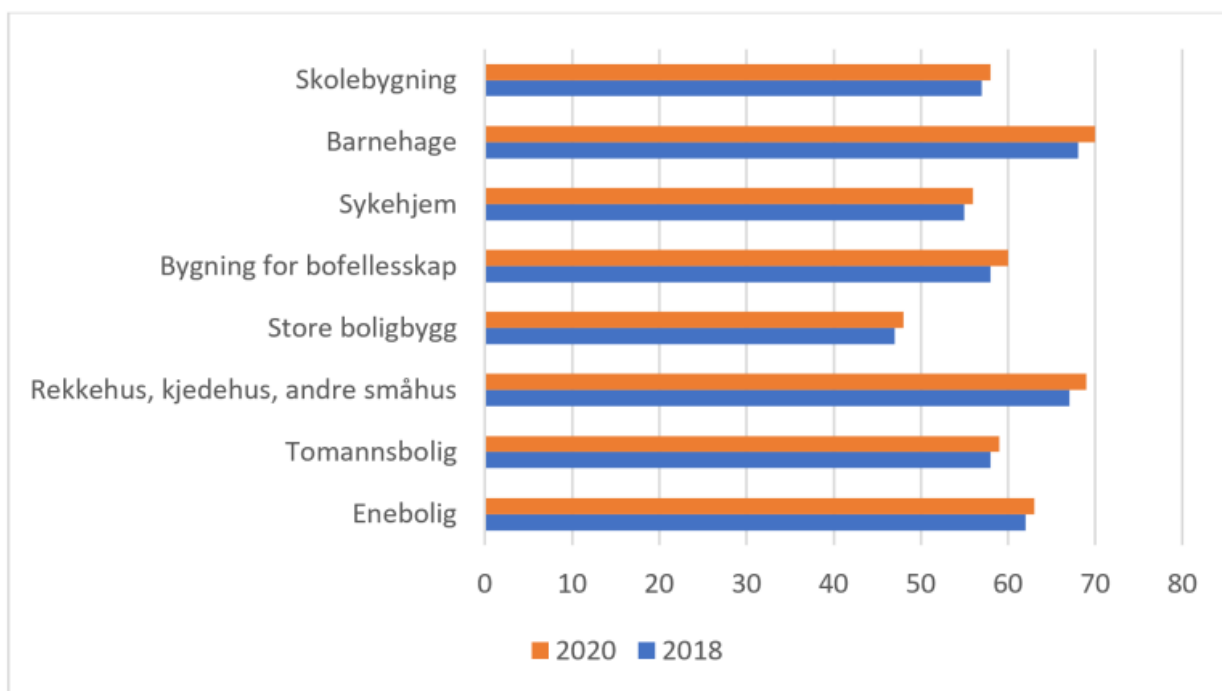
I følge Statistisk sentralbyrå Rekreasjonsareal og nærturterreng¹¹ har 60 prosent av nordmenn som bor i tettsteder trygg tilgang til rekreasjonsarealer innenfor gangavstand fra boligen sin. Tall og tekst er i hovedsak, men noe forenklet, gjengitt slik det er presentert på Statistisk sentralbyrås nettsider om rekreasjonsareal og nærturterreng og artikkelen *Tilgangen til rekreasjonsområder tryggere*¹². Lenger ned forklares hva som regnes for rekreasjons- og nærturterreng. Her står også en forklaring på hva som regnes som "trygg tilgang".



Figur 3-1. Andel bosatte i tettsteder med trygg tilgang til rekreasjonsareal etter tettstedsstørrelse.

Kilde: SSB

Befolkningen i de minste tettstedene har best tilgang til rekreasjonsareal. I tettstedene med 200 – 499 bosatte, hadde gjennomsnittlig 70 prosent av de bosatte trygg tilgang til rekreasjonsareal i 2020, akkurat som i 2018. For de største tettstedene, de med flere enn 100 000 bosatte, hadde 58 prosent trygg tilgang til rekreasjonsareal i 2020. Dette er 1 prosentpoeng mer enn i 2018. I perioden 2016 – 2020 var det en økning på 6 prosentpoeng.



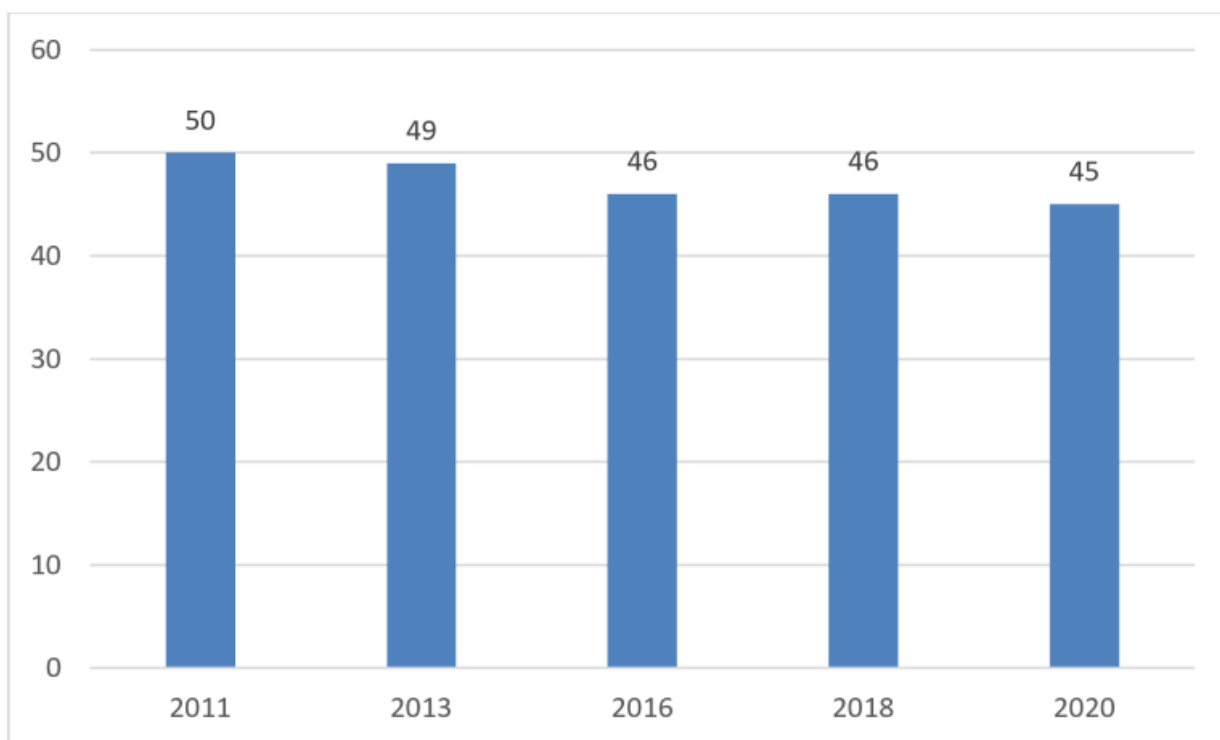
Figur 3-2. Andel med trygg tilgang til rekreasjonsareal. 2018 og 2020. Kilde: SSB

En større andel av boligene og bygninger som skoler og barnehager er i områder med tilgang til rekreasjonsareal i 2020 sammenlignet med 2018. Denne utviklingen gjelder jevnt over for både boliger, skoler og barnehager. Den positive utviklingen i tilgangen til disse områdene er imidlertid først og fremst knyttet til at mange kommuner har satt ned fartsgrensene i byer og tettsteder og ikke at det har blitt flere eller større natur- og friluftsområder. Færre veier regnes som barrierer og tilgjengeligheten bedres i henhold til definisjonen om "trygg" tilgang når fartsgrensene settes ned.

Store boligbygg som boligblokker og bygårder skiller seg fortsatt ut som bygg der det er minst tilgang til rekreasjonsarealer.

3.2.2. Andel av befolkningen som har trygg tilgang til nærturterreng innen en avstand på 500 meter

Knappt halvparten av innbyggerne i tettsteder i Norge har trygg tilgang til nærturterreng, ifølge beregninger fra Statistisk sentralbyrå gjengitt av Miljødirektoratet¹³. I 2020 hadde 45 prosent av de som bor i tettsteder trygg tilgang til nærturterreng. Det er en nedgang på fem prosentpoeng fra 2011.



Figur 3-3. Andel av befolkningen bosatt i tettsteder med tilgang til naturterreng, 2011-2020. Kilde: SSB.

Miljødirektoratet forventer å få en enkel tabellrapport i 2021 og en mer utfyllende rapport om deltakelsen i friluftslivsaktiviteter for ulike befolkningsgrupper høsten 2022/våren 2023.

I 2022-2023 vil Statistisk sentralbyrå også gjennomføre en Tidsbrukundersøkelse som vil omhandle all tidsbruk for et representativt utvalg av befolkningen gjennom ett år, bl.a. om omfanget av fritidsaktiviteter, herunder idrett og friluftsliv.

Hva regnes som leke- og rekreasjonsareal og nærturterreng?

Definisjonene som benyttes her er hentet fra Statistisk sentralbyrå¹⁴ (2021d). Det finnes ikke landsdekkende kartfestet informasjon om verken leke- og rekreasjonsareal eller nærturterreng. I statistikkarbeidet er det derfor valgt å identifisere arealer som kan ha potensial som leke- rekreasjonsareal og nærturterreng.

I utgangspunktet er det valgt å skille mellom nærturterreng og leke/rekreasjonsareal kun ved arealstørrelsen. I beregning av tilgang til rekreasjonsareal inkluderes også nærturterreng slik det er definert her. Det vil si alt rekreasjonsareal større enn 5 dekar, også over 200 dekar.

Følgende arealer inngår i leke- og rekreasjonsareal og nærturterreng: Skog, åpen fastmark, våtmark, bart fjell, grus- og blokkmark, park- og idrettsområder+ Innsjøer og tjern som er mindre enn 1 dekar jf. [SSBs standard for klassifisering av arealer til statistikkformål](#).

Idrettsanlegg som normalt ikke er tilgjengelig for allmenne rekreasjonsaktiviteter regnes ikke med.

Hva regnes som trygg tilgang?

Det er benyttet to definisjoner av trygg tilgang: En for korte avstander til relativt små arealer (1 - leke- og rekreasjonsarealer) og en for lengre avstand til de større arealene (2 - nærturterreng):

1) For de minste rekreasjonsareal regnes det som trygg tilgang hvis man ikke må krysse en vei med forholdsvis mye trafikk eller over en viss fartsgrense (årlig gjennomsnittlig døgntrafikk (ÅDT) 3000, fartsgrense 30). I tillegg regnes bane (jernbane og t-bane) som barriere.

2) For å nå nærturterreng regnes det som trygg tilgang hvis man kan ferdes trygt langs veier med høyere trafikk og fartsgrense, men mye trafikk og fartsgrense over 30, 50 eller 70 km/t, avhengig av trafikkmengden, regnes som en barriere. I tillegg regnes bane (jernbane og t-bane) som barriere.

⁵ The National Institute for Health and Care Excellence 2018 [Physical activity and the environment \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk/)

⁶ Zander S Venter et al, 2020 Urban nature in a time of crisis: recreational use of green space increases during the COVID-19 outbreak in Oslo, Norway, Environmental Research Letters, 2020 <https://iopscience.iop.org/article/10.1088/1748-9326/abb396>

⁷ [Barn fra vestkanten mest aktive i Oslo - SSB](#)

⁸ Klima og Miljødepartementet Stortingsmelding om friluftsliv [Meld. St. 18 \(2015–2016\) - regjeringen.no](#)

⁹ SSB 2020 [Idrett og friluftsliv, levekårsundersøkelsen \(ssb.no\)](#)

¹⁰ Indikatorene er hentet fra Miljøstatus. Miljøstatus viser miljøets tilstand og utvikling i Norge. Miljøstatus et samarbeid mellom flere statlige etater. Miljødirektoratet er ansvarlig redaktør; [Miljøstatus for Norge - Miljøstatus \(miljodirektoratet.no\)](#)

¹¹ [Rekreasjonsareal og nærturterreng \(ssb.no\)](#)

¹² SSB 2021: [Tilgangen til rekreasjonsområder tryggere - SSB](#)

¹³ [Miljøindikator 3.1.2 \(miljodirektoratet.no\)](#)

¹⁴ [Rekreasjonsareal og nærturterreng \(ssb.no\)](#)

3.3

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 mosjon¹⁵. 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.

Tabellen nedenunder viser avsetningen til idrettsanlegg, både idrettsanlegg i kommunene (post 1¹⁶), samt nasjonalanlegg og andre spesielle anlegg (post 2) på Hovedfordelingen¹⁷. Tallene viser at det har vært en økning på nær en milliard kroner til disse to postene de siste ti årene.

Tabell 3-2: Fordeling av spillemidler til Idrettsanlegg i kommunene og til nasjonalanlegg. 2012-2021. Kilde: Kulturdepartementet.

År	Post 1	Post 2	Totalt - post 1 og 2
2021	1 663 021 000	90 455 000	1 753 476 000
2020	1 525 050 000	55 187 000	1 580 237 000
2019	1 589 329 000	26 920 000	1 616 249 000
2018	1 565 684 000	34 224 000	1 599 908 000
2017	1 439 505 000	16 098 000	1 455 603 000
2016	1 275 299 000	59 473 000	1 334 772 000
2015	1 130 977 000	81 577 000	1 212 554 000
2014	928 725 000	43 625 000	972 350 000
2013	801 385 000	16 965 000	818 350 000
2012	756 535 000	13 165 000	769 700 000

¹⁵ Kulturdepartementet 2012. Meld. St. 26 (2011–2012) Den norske idrettsmodellen

¹⁶ Post 1 Idrettsanlegg i kommunene inneholder spillemidler både til idrettsanlegg i kommunene, midler til løypetiltak i fjellet og overnattingshytter, utstyr samt tilskuddsordningen nyskapende aktivitetsarenaer.

¹⁷ Kulturdepartementet (2021). Fordeling av spillemidler til idrettsformål (Hovedfordelingen); <https://www.regjeringen.no/no/dep/kud/tilskudd/Fordeling-av-spillemidler-til-idrettsformal-Hovedfordelingen/>

3.4

Universell utforming og tilgjengelighet

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

Med universell utforming menes at omgivelser og tjenester utformes på en slik måte at de kan brukes av alle mennesker, i så stor utstrekning som mulig, uten behov for tilpassing og en spesiell utforming. Universell utforming er lovfestet i likestillings- og diskrimineringsloven fra 1.1.2018. Norge har også ratifisert FN-konvensjonen for mennesker med nedsatt funksjonsevne¹⁸.

Det er krevende å kartlegge den fullstendige graden av tilgjengelighet i Norge. Det skyldes både at det i begrenset grad er gjort systematiske målinger av tilgjengelighet og universell utforming, at det er ulike oppfatninger om hvilke kriterier som skal være oppfylt før noe kan anses for å være universelt utformet, men også at fagfeltet universell utforming er svært bredt og omfatter en rekke fagområder som IKT, transport, planlegging, bygg, anlegg, uteområder, produkter og tjenester.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratets tilstandsanalyse viser at det på flere samfunnsområder, for eksempel innen eksisterende bygg og transport, gjenstår mye arbeid for å lykkes med universell utforming. Når det gjelder bygg vil nye forskriftskrav i hovedsak gjelde nybygg. Offentlige byggherrer har et særskilt

ansvar, og vi ser blant annet at bygningsmassen som Statsbygg har ansvar for i økende grad har blitt universelt utformet.

3.4.1. Tilgang til offentlige bygninger

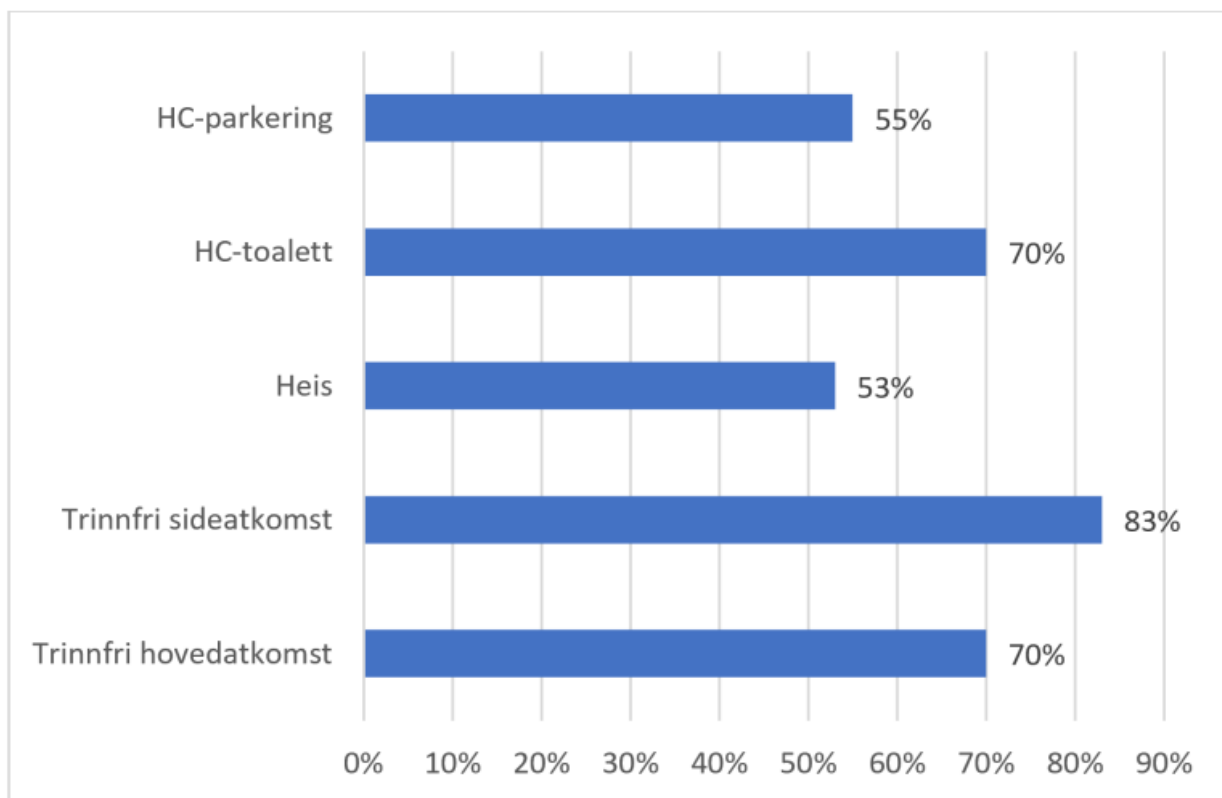
For at alle, uansett funksjonsevne, skal ha muligheten til å benytte seg av tilbudene som finnes i ulike bygg, er det viktig at inngangspartiet er tilgjengelig. Hvis ikke er det fare for at mennesker med forskjellige funksjonsnedsettelse blir ekskludert fra for eksempel skoler, idrettsanlegg eller helsestasjoner, og dermed mister muligheten til å delta i samfunnet på lik linje som resten av befolkningen.

Kartverket har kartlagt i hvilken grad inngangspartiene i offentlige bygninger er tilgjengelige for bevegelses- og synshemmede i et stort antall kommuner i Norge. Inngangsparti inneholder selve inngangen, rampe og atkomstveien umiddelbart før inngangen. Graden av tilgjengelighet er kategorisert som tilgjengelig, delvis tilgjengelig, ikke tilgjengelig, og ikke vurdert.

Det er stor variasjon i graden av tilgjengelighet ved ulike typer av offentlige bygg, noe Kartverkets kartlegginger viser¹⁹. Kartverket har kartlagt et stort antall inngangspartier i offentlige bygg, men fremdeles gjenstår mye for å få et fullstendig dekkende bilde av situasjonen.

Det brukes videre forskjellige kartleggingssystemer for å registrere status i offentlige bygninger når det gjelder tilgjengelighet. Statsbygg har utviklet systemet Bygg for alle²⁰, som de bruker for å kartlegge byggene de har ansvar for. Statsbygg skal tilby gode og funksjonelle lokaler for statlige virksomheter. Alle deres bygg skal være i samsvar med prinsipper om universell utforming. Dette gjelder både eksisterende bygg og nye prosjekter. Målet er at alle Statsbyggs arbeids- og publikumsbygg skal være universelt utformet innen 2025.

Per 2021 rapporterer Statsbygg at 7 av 10 av byggene de forvalter har trinnfri hovedadkomst, og at over 8 av 10 av byggene har trinnfri sideadkomst. Det er imidlertid viktig å bemerke at tallene ikke gjenspeiler den totale situasjonen for bygg som er forvaltet av Statsbygg ettersom enkelte bygg er utelatt fra grunnlaget, og at porteføljen endres.

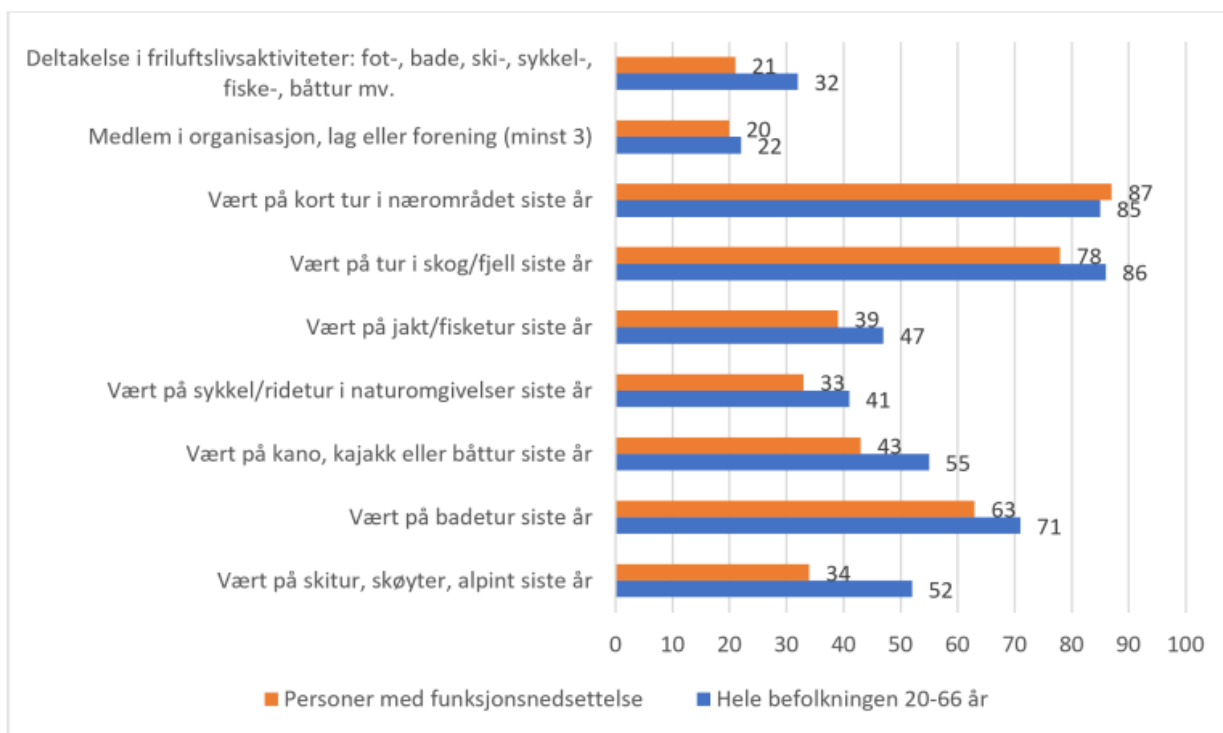


Figur 3-4. Tilgjengelighet. Statlige bygninger forvaltet av Statsbygg. Prosent. Kilde: Statsbygg 2021.

3.4.2. Fritid og friluftsliv

Alle skal ha muligheten til naturopplevelser og helsebringende friluftsliv. Gjennom artikkel 30 i FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med funksjonsnedsettelse sikres personer med funksjonsnedsettelse retten til å ha et aktivt liv gjennom deltakelse i kultur, fritid og idrett. Dette fremkommer også tydelig når det gjelder barn med nedsatt funksjonsevne i barnekonvensjonens artikkel 23.

Som tabellen viser deltar personer med nedsatt funksjonsevne i mindre grad i fritids- og friluftaktiviteter enn befolkningen forøvrig. Dette indikerer at friluftslivet fremdeles ikke er like tilgjengelig for alle, og at fysiske barrierer fremdeles spiller en stor rolle.



Figur 3-5. Deltakelse i ulike aktiviteter blant personer med funksjonsnedsettelse, og i befolkningen for øvrig. Kilde: EU-SILC 2017. SSB 2018.

Kartverkets kartlegginger av uteområder viser også at det fremdeles er en stor andel av de kartlagte uteområdene som ikke er tilgjengelige for rullestolbrukere²¹. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet kommuneundersøkelse fra 2017²² viser samtidig at kommunene i økende grad kartlegger tilgjengeligheten til uteområder, og dermed skaffer seg bedre oversikt over tilgjengeligheten.

¹⁸ Forente Nasjoner (2006). Konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne. FN-sambandet [Konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne \(fn.no\)](https://www.fn.no/konvensjon-om-rettighetene-til-personer-med-nedsatt-funksjonsevne)

¹⁹ Kartverket (2020). [Resultat og tilgang til data | Kartverket.no](https://kartverket.no/resultat-og-tilgang-til-data)

²⁰ [Universell utforming - Statsbygg](https://www.statsbygg.no/tema/2019/09/10/universell-utforming)

²¹ Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2020). Universell utforming. Tilstandsanalyse og kunnskapsstatus;

²² Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2018). Kommuneundersøkelse 2017;

3.5

Aktiv transport og kollektivtransport

Mobilitet er grunnleggende for å kunne delta i aktiviteter som er viktige for den enkelte, noe som bidrar til fysisk og psykisk helse. Effektive transportsystemer utgjør en viktig del av gode lokalsamfunn. Samtidig medfører samferdsel negative helseeffekter i form av luftforurensing, støy og risiko for ulykker. Det ligger derfor et stort potensial for å fremme god helse ved å legge til rette for aktiv transport som gåing og sykling og bruk av kollektivtransport for alle. De positive gevinstene ved å få flere til å gå og sykle er svært store.

Det er et nasjonalt mål at veksten i persontransport i storbyene skal tas med kollektivtransport, sykkel og gange²³. Dette krever god planlegging og tilrettelegging på tvers av flere sektorer fra kommunalt til statlig nivå.

Indikatorer:

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

Bedre tilrettelegging for økt sykling og gåing er en forutsetning for å nå målene om økte gang- og sykkelandeler for daglige reiser. Tilrettelegging for gående og syklende er definert som «[...] tradisjonelle gang- og sykkelveger, sykkelveg med og uten fortau, sykkelstøtte, og fortau. Også gater der fartsgrensen settes ned til 30 km/t eller 40 km/t inngår, dersom dette er i samsvar med løsninger i vedtatt hovednett for sykkel»²⁴. En god og sammenhengende infrastruktur er et viktig tiltak for å øke gang- og sykkeltrafikken. Men flere andre faktorer virker inn, som for eksempel areal- og transportbruk, standard på drift og vedlikehold, nærhet og tilgjengelighet.

Tabell 3-3 Utvikling av anlegg for gående og syklende for alle veier samt nye kollektivfelt langs riksveier per år. Kilder: Statens vegvesens årsrapporter, Nasjonal veidatabank

Indikator	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Antall km tilrettelagt for gående og syklende langs riksvei totalt	68	37,1	41,4	41,6	24,6	59,7	58,3
Antall km riksvei tilrettelagt for gående og syklende i byer/tettsteder	8	13,5	4,1	14,3	14,4	23,2	12,6
Antall km tilrettelagt for gående og eller syklende langs fylkesvei som følge av fylkeskommunal årlig investering	61,2	79,2	57,2	49,8	61,9	61,7	55,5
Antall km totalt for gang- og sykkelvei på kommunalt veinett	3488	3919	4108	4239	4353	4495	4635
Antall km nye kollektivfelt på riksvei	5,9	5,8	2,6	2,7	1,4	3,1	2,0

God sammenhengende infrastruktur er et viktig tiltak for å øke gang- og sykkeltrafikken. Statlige planretningslinjer for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging er et virkemiddel for å utvikle bærekraftige byer og tettsteder, og fremme helse, miljø og livskvalitet. Disse ligger til grunn for Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging 2019–2023²⁵.

Forventet utvikling i perioden 2018-2023 var å tilrettelegge 70 km i og 185 km utenfor byer og tettsteder for gående og syklende langs riksvei. Tall fra Statens vegvesen viser at prosentvis oppfylleelsesgrad etter 3 år er 55,9 prosent langs riksvei totalt og 71,7 prosent i by/tettsted. Antall km tilrettelagt for gående og syklende langs riksvei varierer fra år til år, men er på samme nivå i 2017-20 som i fireårsperioden før dette.

Ved utgangen av 2020 eide kommunene 51 % (4635 km) av gang- og sykkelanleggene i Norge, fylkeskommunene 32 % (2951 km) og staten 17 % (1540 km). I perioden 2017-2020 har kommunene økt antall km med 13 %, fylkeskommunene med 8 % og staten med 14 %. Alle anlegg som bygges bidrar ikke i like stor grad til økt gang- og sykkeltrafikk, siden trafikksikkerhet og andre forhold også prioriteres.

I perioden 2018-20 er det bygget 7,5 km kollektivfelt på riksvei (92 % av målet for 2018-33), som bidrar til bedre framkommelighet for kollektivtrafikken på disse strekningene.

Stortinget vedtok i 2014 å opprette en tilskuddsordning for å bidra til raskere gjennomføring av tiltak som øker framkommeligheten for gående og syklende. I 2015-19 kunne kommuner og fylkeskommuner søke Statens vegvesen om tilskudd på inntil 50 prosent av total kostnad. Tiltakene kunne være sykkelfelt, gang- og sykkelvei, sykkelvei med fortau, fortau, og utbedring av kryss og sykkelparkering. Forbruket har hvert år vært lavere enn bevilgningen. Fra 2020 er finansieringen overført til rammetilskuddet til kommuner og fylkeskommuner.

Tabell 3-5 Bevilgede midler i tilskuddsordning for økt sykkelbruk. Mill. kr. 2014-2019, Kilde: Statsbudsjettet Prop. 1 S (2014-2019)

År	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Bevilget tilskudd (mill. kr.)	10	85	162,5	122,5	76,4	78,5

Den nasjonale sykkelstrategien legger vekt på sammenhengende hovedveinett for syklist. Lokale gå-strategier er et grep for å gjøre det mer attraktivt å gå og få flere til å gå mer. Flere kommuner er i gang med eller har vedtatt dette.

3.5.1. Forbedret drift og vedlikehold av gang- og sykkelanlegg langs riksvei

Attraktive gang- og sykkelanlegg som er godt vedlikeholdt forbedrer sikkerheten, tryggheten og framkommeligheten for de som går og sykler. God drift og godt renhold bidrar også til et bedre bymiljø. Sykkelveiinspeksjoner innebærer en systematisk gjennomgang av eksisterende sykkelruter for å identifisere mangler, som grunnlag for strakstiltak som kan gi bedre trafiksikkerhet, framkommelighet og opplevelse for syklist. Dette vil også bedre forholdene for gående.

Siden Nasjonal transportplan 2010–2019 har det vært en ambisjon å inspisere alle sykkelruter langs riksvei i løpet av 2010-19. Tabellen nedenfor viser antall km sykkelruter som ble inspisert og forbedret langs riksvei i denne perioden. Ved utgangen av 2019 er tiltak etter inspeksjon gjennomført for halvparten av rutenettet. Ved utgangen av 2018 var det ifølge Norsk vegdatabank totalt 1 539 km sykkelanlegg på riksveinettet.

Tabell 3-3 Antall km sykkelruter inspisert og forbedret langs riksvei i perioden 2012-2019 Kilde: Statens vegvesens årsrapporter

Indikator	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Antall km sykkelruter inspisert og forbedret langs riksvei	11,8	122,7	130,9	137,1	26,5	12,1	-

Flere kommuner og fylkeskommuner gjennomfører sykkelveiinspeksjoner på eget veinett, uten at det foreligger statistikk for dette. I en spørreundersøkelse til medlemmene av Sykkelbynettverket i 2016 svarte 46 prosent av kommuner og fylkeskommuner at de hadde gjennomført sykkelveiinspeksjoner de siste tre årene (Herheim, H.T., 2017).

Drift og vedlikehold langs riksveiene utføres av entreprenører i samsvar med Statens vegvesens retningslinjer R610 Standard for drift og vedlikehold (2014b). Tabellen viser Statens vegvesens oppfølging av driftskontrakter for gang- og sykkelanlegg langs riksvei, for å sikre at leveransen er i henhold til bestillingen.

Tabell 3-4 Oppfølging av driftskontraktene for gang- og sykkelanlegg langs riksvei (antall gjennomførte kontroller og antall mangler) Kilde: Statens vegvesens årsrapporter

Indikator	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Antall gjennomførte kontroller	3080	3638	3753	4737	2469	3235	4065	4581
Antall mangler	35	30	77	61	54	73	104	86

Det er registrert flere mangler fra og med 2015 enn i tidligere år. Dette kan ha sammenheng med at det ble innført ny standard for vinterdrift i 2014 med strengere krav til utførelsen på gang- og sykkelanlegg, og at disse kravene ble innført i nye driftskontrakter fra 2014.

3.5.2. Kollektivtilbud

Nesten 60 prosent av befolkningen har et godt eller svært godt kollektivtilbud der de bor²⁶ (RVU 2019).

Kollektivtilbudet er klassifisert etter antall avganger i timen på hverdager og avstand til den holdeplassen som vanligvis brukes:

- *Svært god tilgang:* Minst 4 avganger pr. time og under 1 km til holdeplassen og
- *God tilgang:* 2-3 avganger pr. time og under 1 km til holdeplass, eller minst 4 avganger pr. time og 1-1,5 km til holdeplassen

Det er store geografiske forskjeller i kvaliteten på kollektivtilbudet, og de største byene har det beste tilbudet. Befolkningen i mindre tettsteder og i spredtbygde strøk har et dårlig eller svært dårlig tilbud.

Belønningsavtaler, bymiljøavtaler og byvekstavtaler er ordninger som har nullvekst for persontransport med bil som overordnede mål.

Nye byvekstavtaler for Trondheimsområdet, Nord-Jæren, Bergensområdet og Oslo og Viken har avtaleperiode 2019-29. Bymiljø- og byvekstavtalene skal finansiere tiltak som bidrar til økt andel som går, sykler og reiser med kollektivtransport gjennom et forpliktende samarbeid mellom statlige, fylkeskommunale og kommunale aktører. Planlegging av boliger, transport og næringsutvikling skal ses i sammenheng, for å bygge opp under de miljøvennlige transportformene. Det vil kunne bidra til at det blir enklere å gå og sykle til daglige gjøremål.

I tillegg til de fire største byområdene som har byvekstavtaler, har Kristiansand (2020-23), Buskerudbyen (2020-21), Grenland (2021-24) og Tromsø (2020-33) belønningsavtaler. Belønningsordningen skal stimulere til bedre framkommelighet og bedre miljø og helse i storbyområdene, ved å øke antallet kollektivreiser på bekostning av reiser med personbil.

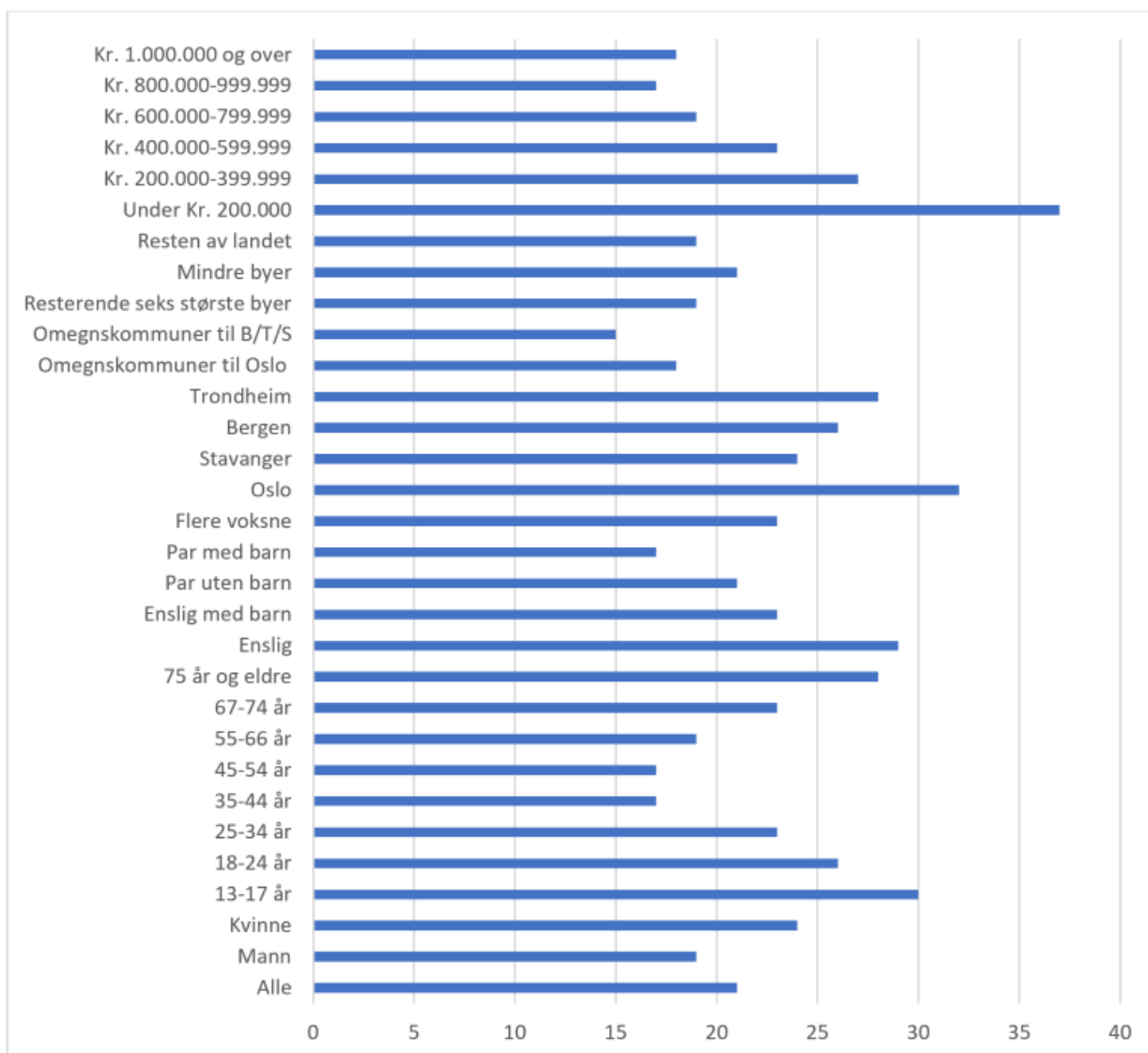
Tabell 3-5 Belønningsmidler for å bedre framkommelighet, miljø og helse. Mill.kr. etter år og byområde. 2013-2020 Kilde: Statens vegvesens årsrapporter

År	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Oslo-området/Oslo og Viken	180	305	410	430	465	280	318	329

Bergensområdet	168	182	184	200	300	84	314	314
Trondheimsområdet	110	190	200	230	211	170	248	256
Stavanger/Nord-Jæren	35	60	100	100	170	100	215	228
Kristiansand	45	80	115	110	120	90	90	110
Buskerudbyen	100	73	90	95	100	86	80	100
Grenland	35	60	70	75	70	60	60	80
Nedre Glomma	-	60	60	65	65	61	55	75
Tromsø	-	-	72	75	75	65	65	85
SUM	673	1010	1301	1380	1513	996	1445	1577

3.5.3. Aktiv transport og sosial ulikhet

Reisevaneundersøkelsen i 2013/14²⁷ viser at de som tjener minst går mest. Dette sammenfaller i noen grad med at de yngste (< 18 år) og eldste (75+) går mest. Enslige går mer enn andre. Dette gjelder også enslige forsørgere og voksne som bor flere sammen i kollektiv eller lignende.



Figur 3-6. Andel gangturer daglig etter kjønn, alder, husholdningstype, bosted og husholdningens bruttoinntekt. 2013/14. Prosent. Kilde: Den nasjonale reisevaneundersøkelsen 2013/14.

Personer med nedsatt funksjonsevne bruker transportmidler i mindre grad enn befolkningen generelt. Bruk av transportmidler varierer ut ifra type funksjonsnedsettelse. Personer med nedsatt bevegelsesevne reiser mindre kollektivt enn andre grupper, både årlig og for daglige reiser (Sentio 2017)^{28 29 30}. Undersøkelser viser at veier, parkeringsplasser og kollektivtransport ikke er tilstrekkelig tilgjengelig for personer med nedsatt funksjonsevne. I 2005 svarte 11 prosent i den nasjonale reisevaneundersøkelsen at helseårsaker gjør det vanskelig å bruke gitte transportmidler (Transportøkonomisk institutt, 2011). Av disse oppgir flest utfordringer med aktive transportformer som å gå (81 %) og sykle (74 %), men også med å reise kollektivt (45 %) og kjøre bil (33 %). Færrest hadde utfordringer med å være bilpassasjer (14 %).

Andre undersøkelser viser at dårlig veistandard på grunn av manglende vedlikehold og vanskelige føreforhold gir større utfordringer for eldre enn for yngre, og i større grad for kvinner enn for menn (Transportøkonomisk institutt 2020). Samtidig har de eldste tilgang til færre transportmuligheter og utfører en større andel av sine turer til fots.

3.5.4. Endringer i reisevaner pga. koronasituasjonen

Koronasituasjonen medførte store endringer i befolkningens reisevaner. Dette er godt dokumentert for kollektiv- og bilturer. Flere har foretrukket individuelle transportmidler som bil, men også sykkel. Mange har jobbet på hjemmekontor, noe som medførte bortfall av arbeidsreiser. I tillegg har det vært restriksjoner på reiser utenfor egen kommune.

En undersøkelse i Oslo fra to bestemte dager under pandemien, viser at for de som møtte opp på arbeidsplassen 2. april og 18. juni 2020, var det bare små endringer i arbeidsreiser³¹. I Oslo og omegn svarer om lag 30 prosent at de ønsker hjemmekontor 1-2 dager i uka også i en normalsituasjon. Dette kan redusere bil- og kollektivtrafikken noe.

Vesentlig økt sykkeltrafikk i noen byområder

Tabellen viser estimert endring i sykkeltrafikk i 2020 sammenlignet med 2019, basert på et utvalg tellere i hvert byområde.

Tabell 3-6. Estimert samlet endring i sykkeltrafikk i 2020 sammenlignet med 2019 i noen byområder. Kilde: Statens vegvesen, trafikkdata, sykkel

Byområde	Endring i trafikkmengde fra 2019 til 2020	Standardavvik
Bergen	3,6	8,7
Grenland	14,7	9,0
Nedre Glomma	24,9	24,3
Nord-Jæren	-0,2	14,0
Oslo-området	23,8	15,5

Sykeltrafikken økte vesentlig fra 2019 til 2020 i noen byområder. Sykkelindeksen beregnes for byområder der Statens vegvesen har et tilstrekkelig antall sykkelregistreringspunkter med god datakvalitet. Trafikktutviklingen beregnes ved å sammenligne timetrafikken, dato mot dato i kalendermånedene.

Vesentlig reduksjon i antall kollektivreiser pga. korona-situasjonen

Tall fra kollektivselskapene viser en vesentlig nedgang i antall kollektivreisende fra 2019 til 2020 i de fire største byområdene. Nedgangen er klart størst i Oslo-området med 40 prosent, og er i størrelsesorden 30 prosent i de tre største byområdene utenom Oslo. Det er foreløpig usikkert hvordan de nye reisevanene under epidemien vil påvirke framtidig reisemønster.

Tabell 3-7 Endring i kollektivtrafikkreiser 2019-2020 i de fire største byområdene. Kilde: Statens vegvesen årsrapport 2020

Kollektivtrafikkreiser	Endring 2019-2020 (pst.)
Osloområdet	-40
Trondheimsområdet	-29
Nord-Jæren	-26,6
Bergensområdet	-35,1

Urbanet analyse³² har analysert av bortfall av kollektivreiser og endring i reisevaner som følge av koronapandemien. For fire norske byområder (Nord-Jæren, Bergensregionen, Kristiansandsregionen og

Buskerudbyen) viser modellberegninger en reduksjon i kollektivreiser på 10-15 %. For de fire byområdene regner man med at 20-30 prosent av reduksjonen skyldes bortfall av reiser, mens 7-19 prosent erstattes med sykkelturner og 61-68 prosent erstattes med bilturer.

En historisk nedgang i kjøretøytrafikk i 2020 skyldes korona-situasjonen

Registreringer viser nedgang i veitrafikken for 2020 sammenlignet med tidligere år. Selv om flere foretrekker bilen framfor kollektive transportmidler pga. smittesituasjonen, viser tallene at begrensninger i reisevirksomhet og jobbreiser til sammen ga lavere trafikk.

Tabell 3-8 Veitrafikkutviklingen i Norge fra 2012 (prosent) Kilde: Statens vegvesen, trafikkdata

Trafikkutvikling	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Landet totalt	1,7	1,2	1,7	2,0	0,6	1,1	0,2	0,3	-6,1

I 2020 ligger trafikkutviklingen i trafikkregistreringspunktene om lag 7,5 prosentpoeng lavere enn prognosene, se tabell 3-9. Hovedforklaringen på avviket mellom beregningene og den faktiske utviklingen er effekten av koronapandemien.

Tabell 3-9 Oversikt over forventet og faktisk trafikkutvikling for 2020. Prosent. Kolonnen «Faktisk» viser veitrafikkindeksen, som er utledet fra antall passeringer i veinettet. Kilde: Statens vegvesen, trafikkdata.

Landsdel	Prognose	Faktisk
Agder og Sør-Østlandet	1,53	-4,1
Oslo og Viken	1,55	-7,6
Innlandet	1,17	-7,3
Vestlandet	1,33	-5,2
Trøndelag	1,32	-7,3
Nord-Norge	0,66	-4,5
Landet totalt	1,38	-6,1

Prognosen basert på befolkningsframskrivninger fra Statistisk sentralbyrå og prognoser for nasjonal økonomisk vekst fra Finansdepartementet, og beregnet med nasjonale og regionale transportmodeller for person- og godstransport, viser jevn vekst i trafikkarbeidet for perioden 2018-2030. Økonomisk vekst, befolkningsvekst og vekst i elbilmarkedet (gitt dagens politikk) er de viktigste driverne for vekst av trafikk på veinettet.

²³ [Statlige planretningslinjer for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging - regjeringen.no](#)

²⁴ Statens vegvesen (2014a.) *Handlingsprogram 2014-2017 (2023). Oppfølging av Meld.St.26 (2012-2013) Nasjonal transportplan 2014-2023*

²⁵ [Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging 2019–2023 - regjeringen.no](#)

²⁶ Transport økonomisk institutt (2019). [Den nasjonale reisevaneundersøkelsen 2019 | Statens vegvesen](#)

- ²⁷ Transportøkonomisk institutt (2014). Den nasjonale reisevaneundersøkelsen 2013/14 – nøkkelrapport. TØI rapport 1383/2014;
<https://www.toi.no/publikasjoner/den-nasjonale-reisevaneundersokelsen-2013-14-nokkelrapport-article3297>
- ²⁸ Sentio (2017). Bruk av kollektivtransport i befolkningen og blant personer med nedsatt funksjonsevne. Sentio Research Norge. [Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet](#)
- ²⁹ Transportøkonomisk institutt (2011). Den nasjonale reisevaneundersøkelsen 2009 – nøkkelrapport. TØI-rapport 1130/2011;
<https://www.toi.no/publikasjoner/den-nasjonale-reisevaneundersokelsen-2009-nokkelrapport-article29836-8>
- ³⁰ Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2016). Levekårsstatus for personer med nedsatt funksjonsevne. Bruk av transport;
https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/nedsatt_funksjonsevne/Transport/Bruk_av_transport/
- ³¹ Transportøkonomisk institutt (2020). Presentasjon. [Forsker til lunsj: Koronautbrudd, bruk av hjemmekontor og endringer i reisevaner - Transportøkonomisk institutt \(toi.no\)](#)
- ³² Mari Betanzo Kristine W. Haraldsen, Ingunn O. Ellis, Bård Norheim, Katrine N. Kjørstad. (2020) Endring i reisevaner som følge av koronapandemien. Urbanet Analyse (2020). Rapport 137/2020;
https://s3.eu-west-1.amazonaws.com/rr-urbanet/Filer-Dokumenter/UA-rapport-137_2020_Endring-i-reisevaer

3.6

Helse og klima

Innen 2030 har Norge mål om å redusere utslippet av klimagasser med minst 50 til 55 prosent - sammenlignet med 1990-nivå innen 2030. I 2050 skal Norge bli et lavutslippssamfunn³³.

Klimaendringer har alvorlige konsekvenser, og verden har blitt om lag én grad varmere siden førindustriell tid³⁴. Oppvarmingen ventes å fortsette utover i dette århundret. Det øker risikoen for ekstremvær, mer nedbør, oversvømmelser og havforsuring³⁵. Klimaendringer kan påvirke den fysiske og psykiske helsen i befolkningen på flere måter; fra luftveis- og hjerte- og karsykdom, allergi, skader og død knyttet til ekstreme værhendelser, til endringer i utbredelse og geografisk fordeling av smittsomme sykdommer og antimikrobiell resistens. En undersøkelse fra CICERO viser at det er de mellom 18 og 30 år som bekymrer seg mest for miljø og klima. Klimakrisen kan for enkelte oppleves svært skremmende og gi følelse av avmakt og angst.

Norges befolkning har generelt god helse, men virkninger av klimaendringer vil samtidig få betydning for folkehelsen³⁶. Kunnskap om og forebygging av klimakonsekvenser på helse blir viktig i årene framover. Eksempler på konsekvenser av høyere temperatur og nedbør kan være økning av smittebærere og sykdommer vi har lite eller ingen tilfeller av i Norge i dag.

Økt nedbør, flom og skred kan svekke ledningsnettene og gi økt risiko for forurenset drikkevann (se vannkvalitet, 3.7.4.), samt ødeleggelse av infrastruktur som veier, telekommunikasjon og kraftforsyning. I tillegg vil faren for akutte hendelsene kunne være psykisk belastende – ikke minst for sårbare grupper. Varmere og fuktigere klima vil kunne endre spredning og forekomst av persistente (motstandsdyktige) miljøkjemikalier i jord, vann og luft, og stoffene vil bl.a. kunne ende opp i mat og drikkevann. Forekomst av naturlige toksiner vil også påvirkes av varmere og fuktigere klima (se kjemikalier og miljøgifter, 3.7.3.).

Endringer i matproduksjon i andre land på grunn av klimaendringene kan påvirke tilgjengelighet og pris på ulike matvarer i Norge og redusere matsikkerhet også i Norge. Dette er også omtalt i underkapitlet om kosthold i kapittel 4 Sunne valg.

Økt temperatur og nedbør vil endre vekstvilkår for trær og planter som produserer pollen og kan bl.a. gi økte luftveis- og allergiplager. Fuktproblemer innendørs, i hjem, skoler og næringsbygg kan også øke og bidra til luftveislager og astma på grunn av bedre vilkår for innendørs muggsoppdannelse og husstøvmidd.

En sentral problemstilling i årene fremover handler om hvordan vi skal produsere mat som er sunn og trygg for enkeltmennesket, og samtidig produsert på en bærekraftig måte. Verdens mat- og vannressurser er under sterkt press. Behovet for ny kunnskap om hvordan vi kan utvikle et bærekraftig matsystem er stort. Samtidig er det nødvendig å utvikle tiltak som gjør at befolkningen dreier kostholdet i mer bærekraftig retning.

Både klimatilpasning og kutt i klimagasser kan ha positive effekter for folkehelse. Tilrettelegging for framkomstmiddel uten bruk av motor bidrar både til reduserte klimautslipp, bedre luftkvalitet og mer fysisk aktivitet. Tilrettelegging for naturbaserte løsninger, f.eks. grøntområder, kan bidra til økt nærfriluftsliv og bedre folkehelse, i tillegg til håndtering av overvann ved mye nedbør.

Det blir viktig i tiden framover å utrede nærmere hvilke helsekonsekvenser klimaendringene har og vil kunne få for Norge. Hvordan vi kan forebygge de negative helsekonsekvensene av klimaendringer må bli en viktig helsepolitisk diskusjon. Videre er det behov for å vurdere hvilke tilpassinger vi kan gjøre til de klimaendringene som allerede har fått konsekvenser for folkehelsen. Det er behov for mer kunnskap om hvilke områder, befolkningsgrupper og individer som er mest utsatt, og om det er sosiale forskjeller som påvirker utfallet. Det er viktig at helseeffekter, og ulikhet i sosiale konsekvenser, vurderes i relevante plan- og utviklingsprosesser både for helsesektoren og i andre sektorer³⁷.

3.6.1. Framtidige indikatorer

Klimaendringer og bærekraftstiltak vil kunne føre til endring i eksponering for miljøgifter/miljøkemikalier, kostholdet, og mattryggheten. Norges nordlige beliggenhet, gjør at noen indikatorer for klima og helse kan bli særlig relevante. Klimaendringene vil sannsynligvis ha størst konsekvenser i områder ved polene, og dermed kan konsekvensene for helse også bli dramatiske.

Det er behov for å finne egnede indikatorer som kan følge utviklingen i årene framover om konsekvenser av klimaendringer på helse.

³³ [Hva er de norske klimamålene? - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/no/tema/klima-og-miljo/hva-er-de-norske-klimamalene-/doc1142222)

³⁴ Folkehelseinstituttet (2018). Klimaendringar og helse;

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/miljo/klima-og-helse/>

³⁵ [Klimaendringer og norsk klimapolitikk - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/no/tema/klima-og-miljo/klimaendringer-og-norsk-klimapolitikk-/doc1142222)

³⁶ Miljødirektoratet (2017). Klimatilpasning, helse; <https://www.miljodirektoratet.no/ansvarsomrader/klima/for-myndigheter/klimatilpasning/klimatilpasning-i-sek>

³⁷ Institute of Health Equity (2020). SUSTAINABLE HEALTH EQUITY: ACHIEVING A NET-ZERO UK. Advisory Group Report for the UK Committee on Climate Change. Professor Sir Michael Marmot, Chair

3.7

Miljørettet helsevern

Begrepet miljørettet helsevern er definert i folkehelseloven § 8-1 første ledd: «Miljørettet helsevern omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer»³⁸. I henhold til § 9 i folkehelseloven skal kommunen føre tilsyn med faktorer og forhold i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen³⁹ for å fremme trygge og helsefremmende miljøer. Ansvar og oppgaver kan delegeres til interkommunalt selskap.

3.7.1. Inneklima

Godt inneklima er viktig i alle typer bygg. Fuktskader og forekomst av muggsoppvekst har i de senere år blitt vektlagt som risikofaktorer i arbeidet med å forebygge inneklimarelaterte helseplager, som allergier og luftveislidelser. Barn er spesielt sensitive for dårlig inneklima. Barnehager og skoler skal planlegges og drives slik at astma-, allergi- og inneklimarelaterte helseplager forebygges eller reduseres.

Folkehelseinstituttet utga i 2016⁴⁰, rapporten [Inneklima i skoler og barnehager](#) – Helsemessig betydning for barn og unge. Rapporten oppsummerer oppdatert kunnskap om mulige helse- og trivselsmessige konsekvenser av dårlig inneklima i skoler og barnehager. I tillegg er det gjort oppdatert litteratursøk for helseeffekter av fukt, mugg og flyktige organiske forbindelser. Vi vet imidlertid lite om bygningsmessige forhold eller eksponeringssituasjoner av betydning for inneklimaet i Norge.

Dette gjelder også forekomsten vi har av fuktproblemer i den norske bygningsmassen og om det har vært en reell økning i forekomsten av fuktproblemer. Folkehelseinstituttet fikk i 2015 i oppdrag fra Helsedirektoratet å gjennomføre en studie basert på firmaet Anticimex sine data for å kunne anslå omfanget av fuktproblemer i den norske boligmassen. I denne studien ble totalt 10 112 boliger gjennomgått. Samlet sett synes andelen boliger med fuktskader i det analyserte utvalget å ligge på 31 prosent. Vi har per i dag ingen indikatorer som gir en god oversikt over forekomsten av faktorer som påvirker inneklima. Materialvalg, overflatebehandling, innbo og utstyr har, i tillegg til fukt, innvirkning på innvendig luftkvalitet og dermed også helse⁴¹.

3.7.2. Miljørettet helsevern i barnehage og skole

En vesentlig del av kommunenes oppgaver tilknyttet miljørettet helsevern gjelder barnehager og skoler. Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler har som overordnet mål å sikre at barnas miljø ivaretas, herunder sikre at barnehagenes og skolenes inne- og utemiljø fremmer helse, trivsel og gode miljømessige forhold, samt forebygge sykdom og skade.

Norges miljø- og biovitenskapelige universitet leverte i 2019 rapporten [Uteområder i skoler og barnehager - hvordan sikre kvalitet i utformingen?](#)⁴². Rapporten er utarbeidet på oppdrag for Helsedirektoratet. Rapporten omfatter kunnskapsoppsummering og styrker kunnskapen om uteområdene, og legger videre

frem anbefalinger for planlegging, innhold og størrelse. Når det blir mange elever på små områder, vil vegetasjonen bli påført varige skader og slitasje. Små uteområder gjør det dessuten vanskelig å innpasse variert terreng og stor nok variasjon for bruk - noe som igjen kan bidra til mindre aktivitet. Mange barn på lite areal gir også mindre rom for at elevene kan trekke seg tilbake alene, eller i mindre grupper. Rapporten avdekker også at størrelsen på barnehagers uteområder har blitt betydelig redusert de siste 20 årene. Gode eksempler på hvordan kommunene kan bidra til å utvikle gode uteområder, inngår også i rapporten.

Landets fylkesmenn gjennomførte i 2019, på vegne av Helsetilsynet, tilsyn med hvordan kommunene ivaretar sitt tilsynsansvar med miljørettet helsevern i barnehager og skoler (Helsetilsynet 2020). Det ble gjennomført tilsyn med 51 kommuner, og avdekket lovbrudd i 42 av dem. De påpekte lovbruddene gjaldt at kommunene ikke sikrer at det blir gjennomført tilsyn, at tilsyn ikke ble utført regelmessig, at tilsyn ikke var tilstrekkelig basert på kunnskap om risiko, og at kommunen ikke hadde styringsaktiviteter for å følge med på tilsynsarbeidet og om oppgavene ble ivaretatt i tråd med krav i lov og forskrift. I samlerapporten fra Helsetilsynet konkluderes det med at denne tilsynsordningen ikke fungerer som forutsatt, og ikke godt nok. Helsetilsynet påpeker imidlertid at det er mulig å løse oppgaven godt nok og i tråd med kravene i regelverket og viser til eksempler på dette i [samlerapporten](#)⁴³.

Kartlegginger de siste årene har vist at det i mange tilfeller ikke er tilfredsstillende fysisk miljø i barnehager og skoler, blant annet grunnet manglende vedlikehold, og at regelverket ikke etterleves i tilstrekkelig grad. Det er ikke gjennomført kartlegginger siden 2015. I 2015 gjennomførte Helsedirektoratet, sammen med Utdanningsdirektoratet, Arbeidstilsynet, Direktoratet for byggkvalitet og fylkesmannen/statsforvalter, en kursrekke for kommuner. Hensikten med kursene var å bidra til styrking av skoleeierens kompetanse omkring helsemessige forhold ved skolemiljøene. Effekten av tiltak bør vurderes, herunder om kurs for kommuner har bidratt til endring og som grunnlag for iverksetting av nye tiltak. Det bør blant annet vurderes om det er hensiktsmessig om oppfølging av miljø og helse skole og barnehage skal fremgå av kommunenes rapportering i KOSTRA.

Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv. er under revisjon, og direktoratet arbeider parallelt med revisjon av veiledning til revidert forskrift, med sikte på at det kan publiseres samtidig som ny forskrift trer i kraft.

3.7.4. 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 hvordan befolkningens eksponering for kjemikalier og forurensing generelt utvikler seg, for å kunne iverksette tiltak som sikrer trygge og helsefremmende miljøer.

Befolkningen eksponeres for kjemikalier direkte (bruk av ulike produkter) eller indirekte via miljøet (vann, mat og luft). Eksponering for kjemikalier kan føre til økt hyppighet av sykdommer som normalt forekommer i befolkningen eller til helseskader som vanligvis ikke forekommer. I hvilken grad et kjemisk stoff forårsaker negative effekter på helse og miljø, vil bl.a. avhenge av hvor giftig stoffet er, hvor store mengder det er snakk om og lengde på eksponeringen.

Eksponering for kjemikalier i svangerskap og tidlig i livet er spesielt bekymringsfullt. Ofte vil det være vanskelig å avdekke årsakssammenhenger mellom eksponering for et kjemisk stoff og en eventuell helsefare i befolkningen eller effekter på miljø. Mange kjemikalier er heller ikke tilfredsstillende undersøkt for mulige helsefarer. For å forebygge helseskader er det viktig at skadelige kjemikalier ikke kommer på markedet.

Kjemikalier kan forårsake alvorlige helseskader som akutte forgiftninger, organskader, fosterskader, redusert fruktbarhet, arvestoffskader, kreft og allergier. De mest skadelige kjemikaliene kan medføre skader på lang sikt, selv i meget små doser over tid. Omfanget av kroniske skader og langtidsvirkninger er langt dårligere kjent enn omfanget av de akutte virkningene.

Miljøgifter er kjemikalier som er lite nedbrytbare, kan hope seg opp i levende organismer (bioakkumulere) og er en risiko for mennesker, dyr og miljø. Vi utsettes for stadig flere miljøgifter og vi vet lite om hvordan mange av disse stoffene virker på helsen, alene eller som blanding.

Et stort prosjekt for å observere eksponering for miljøgifter (biomonitoreringsprosjekt) er satt i gang i Europa (European Human Biomonitoring Initiative (HBM4EU⁴⁴)). Folkehelseinstituttet gjennomfører prosjektet, etter delegasjon fra Helse- og omsorgsdepartementet. Folkehelseinstituttet bidrar bl.a. med eksponeringskartlegging av prøver fra Human Miljøbiobank Norge. Prosjektet er femårig og vil vare til 2022 og skal blant annet gi økt kunnskap om befolkningens eksponering for miljøgifter og andre potensielt farlige kjemikalier og om helseeffekter. Deler av HBM4EU videreføres i et nytt prosjekt Partnership for the Assessment of Risks from Chemicals (PARC) som er initiert av EU-kommisjonen. PARC skal dekke både human helse og miljøeffekter, eksponering og toksiske effekter. Folkehelseinstituttet er koordinator for Norge, også for dette prosjektet.

Folkehelseinstituttet leverer data, statistikk, kunnskap og risikovurderinger om helseeffekter ved eksponering for kjemikalier. Dette benyttes av myndighetene til å gi råd og innføre målrettede tiltak for å forebygge miljø og helseeffekter i befolkningen.

3.7.5. Vannforsyning

I Norge har de fleste tilgang til drikkevann med stabil og god kvalitet. Likevel er det fortsatt grunn til å anta at sykdommer kan overføres gjennom vannforsyningen i Norge dersom den gode kvaliteten blir forringet ved hendelser i distribusjonen.

Vannkvaliteten i Norge overvåkes på nasjonalt og lokalt nivå. Mattilsynet kontrollerer at vannverkseierne overholder kravene i drikkevannsforskriften. Vannverkseiere følger opp egen drift av vannforsyningen og rapporterer årlig til Mattilsynet. Innrapporterte data blir også benyttet av Folkehelseinstituttet. 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.

Mattilsynet opplyser at drikkevannet i Norge generelt har god kvalitet. Likevel avdekker tilsyn at det er mangler og rom for forbedring. Leveringssikkerheten, altså at alle skal ha tilgang til drikkevann til enhver tid, har blitt styrket de siste årene, men kan bli bedre. Beskyttelse av kildene er også mangelfulle mange steder. En av de vanligste årsakene til forurensning av drikkevann er et aldrende distribusjonssystem, som er sårbart for innlekkasje. Utbruddet av *Campylobacter* på Askøy i 2019 er et eksempel på konsekvensen av at drikkevannet blir forurenset på distribusjonsnett, her gjennom et utett drikkevannsbasseng. Det er behov for å øke kunnskapsgrunnlaget om forekomst av vannbåren sykdom, sykdomsbyrden knyttet til dette og de sosioøkonomiske konsekvensene av slik sykdom.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har utarbeidet en protokoll⁴⁵ for vann og helse, som Norge har sluttet seg til. Protokollen omfatter både drikkevann, badevann og avløpsvann og har stor folkehelsemessig relevans. Helse- og omsorgsdepartementet har i samarbeid med Mattilsynet og Folkehelseinstituttet utarbeidet en gjennomføringsplan for departementets sektoransvar innen drikkevann for perioden 2014-2020 (Helse- og omsorgsdepartementet 2015, 2017⁴⁶). Gjennomføringsplanen beskriver tiltak som Mattilsynet og Folkehelseinstituttet har ansvar for. Planen beskriver også tiltak som Norsk Vann,

interesseorganisasjonen for vannbransjen, vil iverksette. Folkehelseinstituttet har etablert Nasjonal vannvakt og satt i gang en nasjonal undersøkelse om magesyke (Folkehelseinstituttet 2018)⁴⁷.

3.7.6. Luft og støy

Luftforurensning

Luftforurensning utendørs består av en rekke forskjellige stoffer, avhengig av hvilke kilder som bidrar til forurensningen. De mest aktuelle komponentene er svevestøv (PM_{2,5} og PM₁₀), nitrogendioksid (NO₂), bakkenær ozon (O₃), svoveldioksid (SO₂), karbonmonoksid (CO), metaller og polysykliske aromatiske hydrokarboner (PAH). Luftforurensning kan både forverrer og bidra til utvikling av lunge- og hjerte-karsykdom, og øker dødeligheten av disse sykdommene.

Verdens helseorganisasjon har identifisert luftforurensning som en av de prioriterte miljøfaktorene med størst helsemessig betydning. Luftforurensning er regnet som den fjerde viktigste årsaken til død på verdensbasis. Lokal luftforurensning over tid, selv ved lave nivåer, viser seg å ha en helseskadelig effekt. Helseeffektene synes å inntre ved lavere konsentrasjoner enn tidligere antatt, og er derfor relevante for norske byer og tettsteder. Mange norske byer og tettsteder overskrider Luftkvalitetskriteriene. Disse kriteriene er satt av Folkehelseinstituttet og Miljødirektoratet for å beskytte mot helseeffekter av luftforurensning⁴⁸.

Når det gjelder status og utviklingen i luftforurensning så har nivåene i Norge gått nedover det siste tiåret, men kan fortsatt utgjøre en utfordring lokalt. For eksempel døgn med høye nivåer av svevestøv langs veistrekninger nær bebyggelse. Tiltak rettet mot transportsektoren, vedfyring og utslipp fra industrien, er mest effektive for å bedre luftkvalitet⁴⁹ (Folkehelseinstituttet 2017). I tillegg transporteres luftforurensning på tvers av kommuner, landsdeler og land, og derfor er tiltak på regionale, nasjonale og internasjonalt nivå også viktig for å redusere nivåene lokalt.

Klima- og miljøverndepartementet har utarbeidet retningslinjer (T-1520) for behandling av luftkvalitet i arealplanleggingen etter plan og bygningsloven⁵⁰, hvor hensikten er å forebygge helseskader av luftforurensning gjennom god arealplanlegging. Et av tiltakene som foreslås er etableringen av luftforurensningssoner for å sikre at områder med reell luftforurensning synliggjøres. Retningslinje er under revisjon i 2021/2022.

Det statlige Luftsamarbeidet tilbyr en rekke tjenester, blant annet en varslingsjeneste for lokal luftkvalitet med helseråd til befolkningen i hele Norge til enhver tid, fagbrukertjeneste for luftkvalitet med luftforurensningskonsentrasjonskart, befolkningseksponering og informasjon om kilder, og en tiltakskalkulator og utslippsdatabase. Les mer om dette på Miljødirektoratets nettsider.

Støyforurensning

Negative helsevirkninger av støy er knyttet til støy som en stressfaktor som kan påvirke atferd, trivsel, kommunikasjon, hvile og søvn⁵¹. Langvarig utsettelse for støy kan bidra til stressrelaterte plager og øker risikoen for kardiovaskulær sykdom⁵². Langvarige kraftige støybelastninger, eller veldig høye kortvarige lydimpulser (skudd fra gevær, smell fra eksplosjoner o.l.), kan gi permanente hørselsskader. Etter luftforurensning, er støy den miljørisikofaktoren som bidrar til mest sykdomsbyrde i Europa⁵³.

Støy rammer stadig flere nordmenn, og i 2019 var tallet det høyeste på 20 år. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at rundt 40 prosent er utsatt for støy over grenseverdiene ved boligen sin, og om lag 38 prosent er utsatt for vegtrafikkstøy over anbefalte nivåer. Veitrafikk er den desidert største kilden til støyplager i Norge. Tall viser at om lag 2 millioner bosatte var utsatt for støy over 55 dB(A) fra veitrafikk i 2019⁵⁴.

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

I 2021 ble retningslinjer (T-1442/2021) for behandling av støy i arealplanlegging revidert⁵⁵. Formålet med retningslinjene er «å legge til rette for en langsiktig arealdisponering og planlegging av det fysiske miljø som fremmer trivsel og bokvalitet, forebygger helsekonsekvenser av støy, samt ivaretar og utvikler gode lydmiljøer og stille områder.»

³⁷ Institute of Health Equity (2020). SUSTAINABLE HEALTH EQUITY: ACHIEVING A NET-ZERO UK. Advisory Group Report for the UK Committee on Climate Change. Professor Sir Michael Marmot, Chair Report written by Alice Munro, Tammy Boyce, Michael Marmot on behalf of the Health Expert Advisory Group. Lastet ned fra:
<https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/sustainable-health-equity-achieving-a-net-zero-uk/>

³⁸ Lov 26. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid (folkehelseloven), § 8;
<https://lovdata.no/lov/2011-06-24-29/§8>

³⁹ Lov 26. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid (folkehelseloven), § 9;
<https://lovdata.no/lov/2011-06-24-29/§9>

⁴⁰ Folkehelseinstituttet 2016, Becher et al.

⁴¹ Becher R, et al. (2016). Fukt og fuktskader i norske boliger, Folkehelseinstituttet.;
<https://www.fhi.no/contentassets/1b5dec5e29ce4bfb8fc51e89076e60b3/fukt-og-fuktskader-i-norske-boliger>.

⁴² Thoren, K.H. et al. 2019, NMBU

⁴³ Helsetilsynet (2020). Barns helse er folkehelse. Barnas arbeidsmiljø sikres ikke gjennom kommunenes tilsyn Landsomfattende tilsyn i 2019 med folkehelse. Rapport fra Helsetilsynet 1/2020

⁴⁴ HBM4EU er et samarbeidsprosjekt mellom 30 land, Det europeiske miljøbyrået og EU-kommisjonen, og medfinansiert under Horizon 2020. <https://www.hbm4eu.eu/>

⁴⁵ WHO/Europe | Water and sanitation - Protocol on Water and Health;
<https://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/water-and-sanitation/protocol-on-water-a>

⁴⁶ Helse- og omsorgsdepartementet (2015, 2017). Gjennomføringsplan for HOD sitt sektoransvar (2014-2020), publisert på Mattilsynet.no
https://www.mattilsynet.no/mat_og_vann/drikkevann/nasjonale_maal_vann_og_helse/gjennomforingsplan_1

⁴⁷ Folkehelseinstituttet (2018) Drikkevannsstudien, pågående studie;
<https://www.fhi.no/studier/drikkevannsstudien/om-drikkevannsstudien/>

⁴⁸ Folkehelseinstituttet (2018a). Håndbok for uteluft - luftkvalitetskriterier;
<https://www.fhi.no/nettpub/luftkvalitet/>

⁴⁹ Folkehelseinstituttet (2017). Luftforureining i Noreg;
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/miljo/luftforureining--i-noreg/>

⁵⁰ Klima- og miljødepartementet (2012). Retningslinje for behandling av luftkvalitet i arealplanlegging. (T-1520); <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/t-1520-luftkvalitet-arealplanlegging/id679346/>

⁵¹ Folkehelseinstituttet (2018b) Folkehelse rapporten. Støy, helseplager og hørsel tap; <https://www.fhi.no/nettpub/hin/miljo/stoy/>

⁵² WHO (2018). Environmental noise guidelines for the European Region. WHO Regional Office for Europe

⁵³ European Environment Agency, 2019. Healthy environment, healthy lives: how the environment influences health and well-being in Europe. EEA Report NO 21/2019. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

⁵⁴ Statistisk sentralbyrå (2021). Flere utsatt for støy ved boligen; <https://www.ssb.no/natur-og-miljo/artikler-og-publikasjoner/flere-utsatt-for-stoy-ved-boligen>

⁵⁵ Klima- og miljødepartementet (2021). Retningslinje for behandling av støy i arealplanleggingen (T-1442/2021); <https://www.regjeringen.no/contentassets/7d2793f6d8254e4b9cc2c4f33592657f/t-1442-2021.pdf>

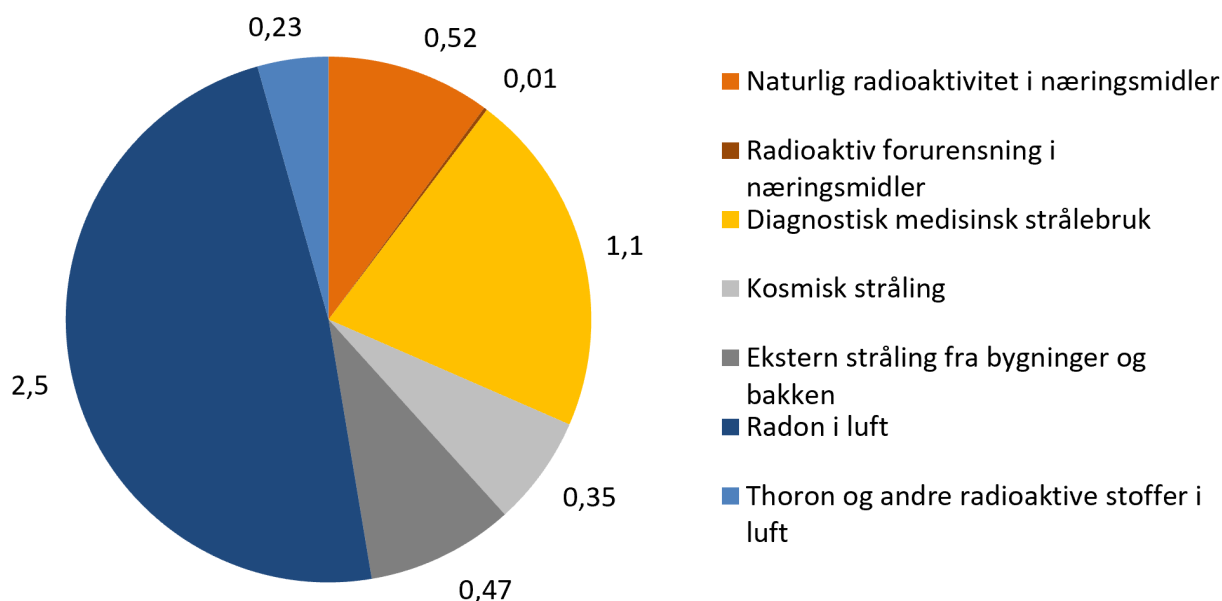
3.8

Strålevern

Stråling kan skilles i to hovedtyper: ioniserende stråling, som røntgen og stråling fra radioaktive stoffer, og ikke-ioniserende stråling som UV og elektromagnetiske felt. Størsteparten av strålingen vi eksponeres for, er fra naturlige kilder, slik som kosmisk stråling og UV-stråling fra solen, og fra radioaktive stoffer i berggrunn og jordsmonn (for eksempel radongass). I tillegg har vi flere menneskeskapte strålekilder, for eksempel røntgenmedisinske diagnostiske undersøkelser som CT og røntgen, lasere, UV-stråling fra solarier og elektromagnetiske felt fra kraftledninger, basestasjoner og mobiltelefoner. De biologiske virkningene ved eksponering avhenger blant annet av stråledosen og stråletypen.

Indikatorer:

- Andel av befolkningen som har målt radon i boligen sin.
- Andel av befolkningen som blir solbrent av hhv. sola i Norge, på sydenferier og i solarier.
- Andel av befolkningen som har hørt om og sjekket UV-indeks.
- Andel registrerte solarier i Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA)s meldesystem som er i bruk.



Figur 3-7. Bidrag til årlig stråledose (5,2 mSv/år) fra forskjellige kilder til ioniserende stråling for en gjennomsnittsperson i Norge. Kilde: Statens strålevern, 2015

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA) har beregnet at den totale gjennomsnittlige stråledosen fra ioniserende stråling til befolkningen i Norge er 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 over⁵⁶.

3.8.1. Radon

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

Radon er et inneklimaproblem. I inneluften fører radon til en bestråling av lunger ved innånding og utgjør en risiko for lungekreft. Totalt medvirker radon til rundt 12 prosent av alle lungekrefttilfeller i Norge, rundt 370 årlige tilfeller⁵⁷. Kreftrisikoen øker med radonkonsentrasjonen og med tiden man oppholder seg i en radonutsatt bygning. Nivåene av radon i innemiljøet er ofte høyere om vinteren fordi vi varmer opp husene og lufter mindre. Utendørs vil radonkonsentrasjonen normalt være lav.

Det er eget hjem som står for størstedelen av eksponeringen. Høye radonnivåer rammer tilfeldig og kan øke sosiale ulikheter da boligeier selv må bekoste radonreduserende tiltaksløsninger. Norske eneboliger har en gjennomsnittlig radonkonsentrasjon på 88 Bq/m³ (becquerel per kubikkmeter luft). Dette tilsvarer en stråledose på 2,5 mSv/år, omtrent halvparten av den samlede årlige stråledosen en gjennomsnittsperson i Norge eksponeres for. Men dette varierer betydelig, da radonkonsentrasjonen i norske boliger varierer fra nær null til flere titalls tusen Bq/m³. Økt bruk av hjemmekontor under Covid-19-pandemien og dermed mer opphold i hjemmet har sannsynligvis bidratt til å øke radoneksponeringen.

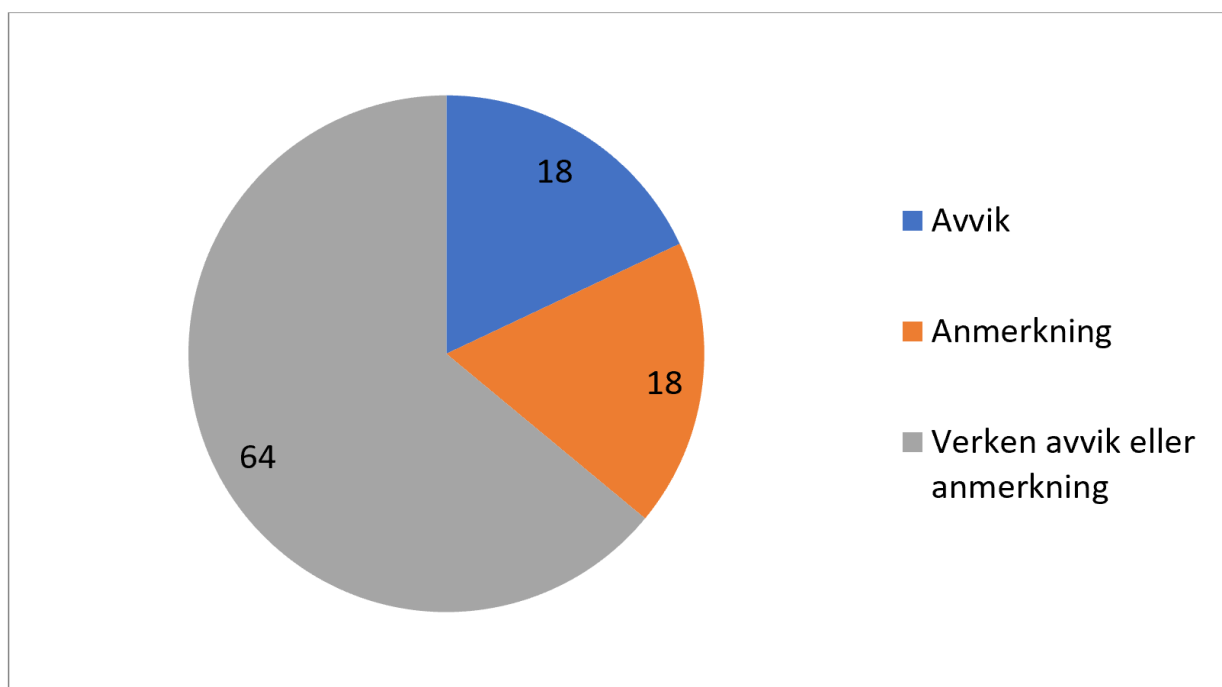
Andelen som har målt radon i egen bolig har mer enn doblet seg de siste ti årene, men økningen har i senere tid flatet ut. Spørreundersøkelser DSA har fått utført viser at i 2020 svarte 21 prosent at de hadde målt⁵⁸.

Tabell 3-10 Andel av befolkningen som har målt radon i boligen sin. Kilde: Statens strålevern 2012. Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet, 2020.

	2008	2012	2014	2017	2020
Andel av befolkningen som har målt radon	8	14	22	24	21

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet har i oppgave å ha kunnskap om og oversikt over radoneksponeringen til befolkningen. Det er blant annet laget et 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 DSA at de skal ha så lave radonnivåer som praktisk mulig og innenfor anbefalte grenseverdier

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet og Helsedirektoratet har i samarbeid gitt ut en veileder til bruk for kommunene i deres tilsyn med radonforholdene i skoler, barnehager og utleieboliger, samt gi god informasjon til befolkningen. En undersøkelse blant 103 kommuner som vinteren 2016/17 gjennomførte tilsyn med radon i til sammen 470 skoler viste at det i 18 prosent av tilsynene ble det gitt avvik. Vanligste årsak var at skolen ikke var målt eller ikke var målt på en tilstrekkelig god måte⁵⁹.



Figur 3-8. Resultater fra en tilsynskampanje om radon på norske skoler vinteren 2016/2017, som viser andel skoler (i prosent) med rapportert avvik, anmerkning eller verken avvik eller anmerkning. (N=470). Kilde: Statens strålevern, 2017

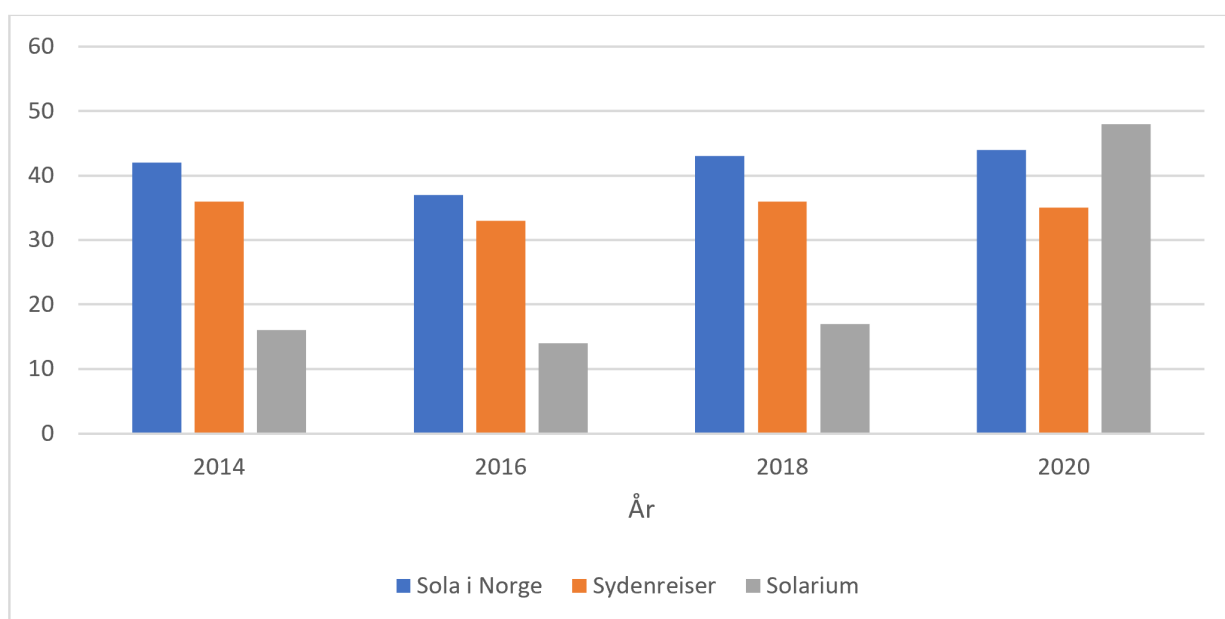
3.8.2. UV-stråling fra sol og solarier

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet har som mål å bidra til reduserte stråledoser og forebygge helseskader forårsaket av UV fra sol og solarier. Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet laget en nasjonal UV- og hudkreftstrategi med mål om å redusere forekomst og dødelighet av hudkreft i Norge grunnet UV-eksponering fra sol og solarier. Norge er et av landene i verden med høyest forekomst av hudkreft og høyest dødelighet av føflekkreft. Sola fører til positive effekter, som dannelsen av D-vitamin i huden, men for mye UV-stråling kan skade hud

og øyne. Lys, nordisk hud blir lett solbrent, og solbrenthet øker risikoen for å utvikle hudkreft. Bruk av solarium øker i seg selv risikoen for hudkreft, mest for dem som startet bruken i ung alder og for dem som bruker solarium ofte og mye.

Sola hjemme i Norge gir det største dosebidraget av UV-stråling til den norske befolkningen, og grunnen er at vi er mye utendørs⁶⁰. I tillegg drar nordmenn stadig oftere på «sydenferier», og disse reisene og bruk av solarium øker UV-eksponeringen betraktelig. Siste solvaneundersøkelse⁶¹ viste at 4 av 5 nordmenn har vært på minst én sydenferie de tre siste årene. Omtrent hver femte nordmann bruker solarium minst én gang i året. Unge mennesker eksponeres mest.

Andelen av befolkningen som blir solbrent når de er ute i sola, ser ut til å være ganske stabil. Omtrent 1 av 3 opplever å bli solbrent, både i Norge og på «sydenferie». I solarium var det derimot en betydelig økning i andel som har blitt solbrent i siste solvaneundersøkelse (figur 3-9). For å redusere solbrenthet og dermed hudkreftisiko, foreslår UV- og hudkreftstrategien blant annet å øke kunnskap og bevissthet om sol og solbeskyttelse i befolkningen ved hjelp av opplæring og kommunikasjonsiltak.



Figur 3-9. Andel av befolkningen som har blitt solbrent hhv. hjemme i Norge, på «sydenferie» og i solarier i løpet av de siste 12 månedene. Prosent. Kilde: Kreftforeningen i samarbeid med Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet, 2020

UV-indeks er et mål på hvor intens UV-strålingen fra sola er. Jo høyere UV-indeks, desto sterkere stråling. Vi bør generelt bruke solbeskyttelse når UV-indeks er 3 eller høyere. Hvor mange som aktivt har sjekket UV-indeks, gir indikasjon på hvor oppmerksomme vi er på at solstrålene kan gi helseeffekter. Andelen som har hørt om UV-indeks er ganske stabil over de siste fem årene og relativt høy; 3 av 4 har hørt om UV-indeks i 2020. Andelen som faktisk har sjekket UV-indeks, derimot, har steget noe, men er fortsatt lav (tabell 3-11) (Kreftforeningen i samarbeid med Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet, 2020). Yr gir daglige UV-varsler både innenlands og for utlandet. Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet gir oppdaterte målinger av UV-stråling på ni steder i Norge på <https://uvnett.dsa.no>.

Tabell 3-11 Andel av befolkningen som har hørt om og sjekket UV-indeks en eller flere ganger. Kilde: Kreftforeningen i samarbeid med Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet, 2020

Indikator	2016	2018	2020
Andel av befolkningen som har hørt om og sjekket UV-indeks (%)	14	15	22

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet er ansvarlig myndighet for forvaltning mht. stråling fra solarier i Norge, og kommunene har ansvar for å føre tilsyn med solariene, jfr. strålevernforskriften § 60. De siste årene er det innført nye krav som kan redusere UV-eksponeringen fra solarier, bl.a. alderskontroll for å hindre personer under 18 år fra å ta solarium, samt kompetansekrav for aktørene i solariebransjen og krav om å informere kundene om risiko ved solariebruk. Det siste for at kundene skal kunne ta egne informerte valg. Etterlevelse av alderskontrollkravet ble sjekket ved en landsdekkende tilsynskampanje høsten 2017, der nærmere 200 kommuner deltok. Halvparten, det vil si 51 prosent av virksomhetene, hadde ikke tilfredsstillende system. Ny, oppfølgende tilsynskampanje har blitt utsatt to ganger; siste gang på grunn av koronavirus-pandemien, men skal etter planen utføres i 2022.

Virksomheter som tilbyr soling i solarium plikter å gi melding om dette til Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet, og meldingen gjøres ved å registrere virksomheten og hvert enkelt solarium i Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet sitt elektroniske meldesystem for strålekilder. Melding skal også gis dersom solarievirksomheten avvikles. Da meldeplikten ble innført i 2004, ble det registrert i overkant av 400 solarier. Antallet har siden økt jevnt, noe som kan skyldes en reell økning i tilgjengelige solarier, men også at det tar tid fra innføring av forskriftskrav til det blir kjent blant aktørene. Per oktober 2017 var det registrert i overkant av 7000 solarier i bruk fordelt på ca. 1300 virksomheter, mens de tilsvarende tallene per juni 2021 er drøyt 5200 solarier og ca. 1100 virksomheter. De siste årene har det altså vært en nedgang i antall tilgjengelige solarier. Nedgangen kan delvis forklares av tilsynskampanjen som ble gjennomført i 2017. En del virksomheter som for lengst var avviklet, hadde ikke meldt dette til Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet, men gjorde det da. En del valgte også å avvikle solarievirksomheten på det tidspunktet.

Ved en tidligere stor tilsynskampanje i 2008, fant Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet at bare halvparten av solarievirksomhetene hadde meldt virksomheten før tilsynet. Andelen var signifikant høyere i kommuner som tidligere hadde utført tilsyn, nesten 70 prosent, sammenlignet med kommuner uten tidligere tilsyn, der andelen var i underkant av 40 prosent. Økt tilsyn vil både kunne bedre oversikten over tilgjengelige solarier og øke andelen som overholder krav i strålevernforskriften.

⁵⁶ [StralevernRapport_07-15_UV-eksponering.pdf \(dsa.no\)](#)

⁵⁷ Hassfjell et al. Lungekreftforekomst knyttet til radoneksponering i norske boliger, Tidsskrift for den norske legeforening 2017

⁵⁸ Statens strålevern, Nasjonalt strålevernbarometer 2020, løpende opinionsundersøkelse

⁵⁹ [StrålevernInfo_4-2017_Tilsyn med skoler2017.pdf \(dsa.no\)](#)

⁶⁰ [StralevernRapport_12-15_Stråledoser_til_befolkningen-.pdf \(dsa.no\)](#)

⁶¹ Kreftforeningen i samarbeid med Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet, 2020
PowerPoint-presentasjon

⁶² [StralevernRapport_12-2011.pdf \(dsa.no\)](#)

3.9

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. Personer fra lavere sosioøkonomiske grupper er mer utsatt for skader enn personer fra høyere sosioøkonomiske grupper.

Helsedirektoratet utgir årlig en rapport om skader behandlet i spesialisthelsetjenesten, og som er rapportert på et felles minimums datasett til Norsk pasientregister (NPR). Skadedatasettet skal gi informasjon om ytre årsaker til skader, og inneholder opplysning om kontaktårsak, skademekanisme, alvorlighetsgrad, aktivitet på skadetidspunktet, skadested, skadetidspunkt og arbeidsgivers bransje. Rapporten Personskadedata 2020⁶³ gir en oversikt over disse opplysningene. Mange skader behandles imidlertid kun i primærhelsetjenesten, så rapporten viser ikke det samlede skadebildet i Norge. Tabellen nedenfor viser skadested fordelt på aldersgrupper.

Tabell 3-12: Skadested fordelt på aldersgrupper. 2020. Prosent Kilde: Helsedirektoratet 2020.

	<20	20-39	40-59	60-79	80+	Totalt	
						%	Antall
Bolig, boligområde	28,2	29,6	32,6	43,3	62,6	34,0	41 693
Vei, gate, fortau, gang-, sykkelvei – Ikke trafikkulykke	7,3	13,9	13,4	14,6	7,2	11,3	13 889
Sports-, idrettsområde	20,6	12,5	5,6	1,5	0,3	11,2	13 756
Fri natur, hav, sjø og vann	5,2	8,5	13,2	13,2	2,8	8,7	10 641
Vei, gate, fortau, gang-, sykkelvei – Trafikkulykke	5,1	8,5	8,6	6,6	2,3	6,8	8 288
Skole, høyskole, universitet, barnehage, SFO	19,4	1,1	1,1	0,3	0,1	6,6	8 126
Institusjon, sykehus, syke-, aldershjem, off kontor	0,3	1,3	1,3	2,3	15,4	2,1	2 581
Lekeplass	3,2	0,3	0,2	0,1	0,0	1,2	1 413
Jordbruksbedrift, skogbruk	0,1	0,5	0,9	0,8	0,2	0,5	596
Annet skadested	6,4	17,7	15,8	10,6	5,3	11,9	14 556
Ukjent skadested	4,1	6,2	7,2	6,9	3,8	5,7	6 926
Totalt antall	38 505	33 391	24 217	17 859	8 493	100	122 465

Tabell 3-12 viser at «bolig, boligområde» var vanligste skadested. Mange skader ble også rapportert fra «annet skadested», «vei, gate, fortau, gang-, sykkelvei – ikke trafikkulykke», samt «sports- og idrettsområde». Se også kapittel 6 om arbeidsliv som har egen omtale av skader i forbindelse med arbeid. Andelen skader varierte betydelig mellom de ulike aldersgruppene. De yngste aldersgruppene ble oftere skadet på skoler og idrettsområder, mens de eldste oftere ble skadet i bolig og på institusjon. Menn skader seg oftere enn kvinner (Helsedirektoratet, 2020). Folkehelseinstituttet rapport Skadebildet i Norge⁶⁴ fra 2019 gir et samlet bilde av skader behandlet i både primær- og spesialisthelsetjenesten.

I Meld. St. 19 (2018-2019) Folkehelsemeldingen Gode liv i eit trygt samfunn, går det fram at regjeringen vil styrke kunnskapsgrunnlaget når det gjelder skader og ulykker, og blant annet sørge for bedre og mer komplette skadedata og gjøre data om skader mer tilgjengelige. Den vil også legge til rette for samarbeid mellom offentlig, privat og frivillig sektor, og blant annet ved å styrke Skadeforebyggende forum. I ovennevnte rapport fra FHI i 2019 fremgår det at skadedatafeltet fortsatt er fragmentert. Et godt datagrunnlag kan bidra positivt i det skadeforebyggende arbeidet.

3.9.1. Fallulykker blant eldre

Fall er årsak til 85,6 prosent av skadene hos eldre over 80 år, mens tilsvarende andel for aldersgruppen 20-39 år er 35,0 prosent. (Personskadedata årsrapport Helsedirektoratet 2020) I Stortingsmelding 19 (2018-2019) Folkehelsemeldingen Gode liv i eit trygt samfunn, fastsatte regjeringen Nullvisjon 2019-2027 - reduksjon av alvorlige fallulykker i hjemmet. Nullvisjonene følges opp ved at Helsedirektoratet utarbeider en tverrsektoriell handlingsplan for å nå målet. I dette arbeidet foreslås konkrete mål og delmål med indikatorer for å følge utviklingen.

I Norge er det per 1. januar 2020 i alt 941 816 personer i alderen 65 år eller mer. Aldersgruppen utgjør 17,5 prosent av befolkningen totalt. Det er beregnet at nær 30 prosent av eldre over 65 år faller hvert år og risikoen øker med alderen.

Den mest komplette og systematiske oversikten for skader får vi gjennom sentrale helseregistre. Det tre hovedkildene til registrering av skader i helsesektoren er Dødsårsaksregisteret (DÅR), Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).

Kunnskap vi har fått gjennom registrering av fallskader tilsier at de fleste fall blant eldre skjer i og ved hjemmet, at det dreier seg om fall fra egen høyde og at forekomsten av lavenergi-brudd alt i alt er ca. 50 000 (hvorav 9000 hoftebrudd og 15 000 håndleddsbrudd) (Folkehelseinstituttet, 2019). Årsak, skademekanisme og skadested blir ikke nødvendigvis registrert og derfor finnes ikke en nasjonal totaloversikt over fallulykker i hjemmet.

3.9.2. Trafikkulykker

I Nasjonal tiltaksplan for trafikk sikkerhet på veg 2018-2021⁶⁵ er det valgt ut 22 områder hvor tilstandsutviklingen skal følges. Innenfor de fleste av disse områdene er det satt mål for tilstandsutviklingen fram til 2022. Områdene er valgt ut fra at endring i tilstand vil kunne gi viktige bidrag til redusert antall drepte og hardt skadde. Ny tiltaksplan for 2022-2025 legges fram tidlig i 2022, og vil omfatte tilstandsmål for 2026.

Økt sykling kan med dagens utforming av vegnettet medføre flere ulykker. Basert på offisiell ulykkesstatistikk har Transportøkonomisk institutt beregnet at risikoen for å bli drept eller hardt skadd per km er ca. 5 ganger høyere for fotgjengere og ca. 10 ganger høyere for syklister, sammenliknet med bilførere⁶⁶. Dette bildet forsterkes ytterligere ved at det er påvist særlig stor underrapportering når det gjelder eneulykker med sykkel. Nullvisjonen for trafikk sikkerhet legges til grunn for arbeidet med å øke sykkeltrafikken, og tiltak for bedre sikkerhet for syklister inkluderes i sektorens generelle trafikk sikkerhetsarbeid. I Stortingsmelding 20 (2020-2021) Nasjonal transportplan 2022-2033 er det lagt til grunn en ambisjon om at målet om økt gang- og sykkeltrafikk skal nås, uten at det fører til flere drepte eller hardt skadde fotgjengere og syklister.

Indikatorer:

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

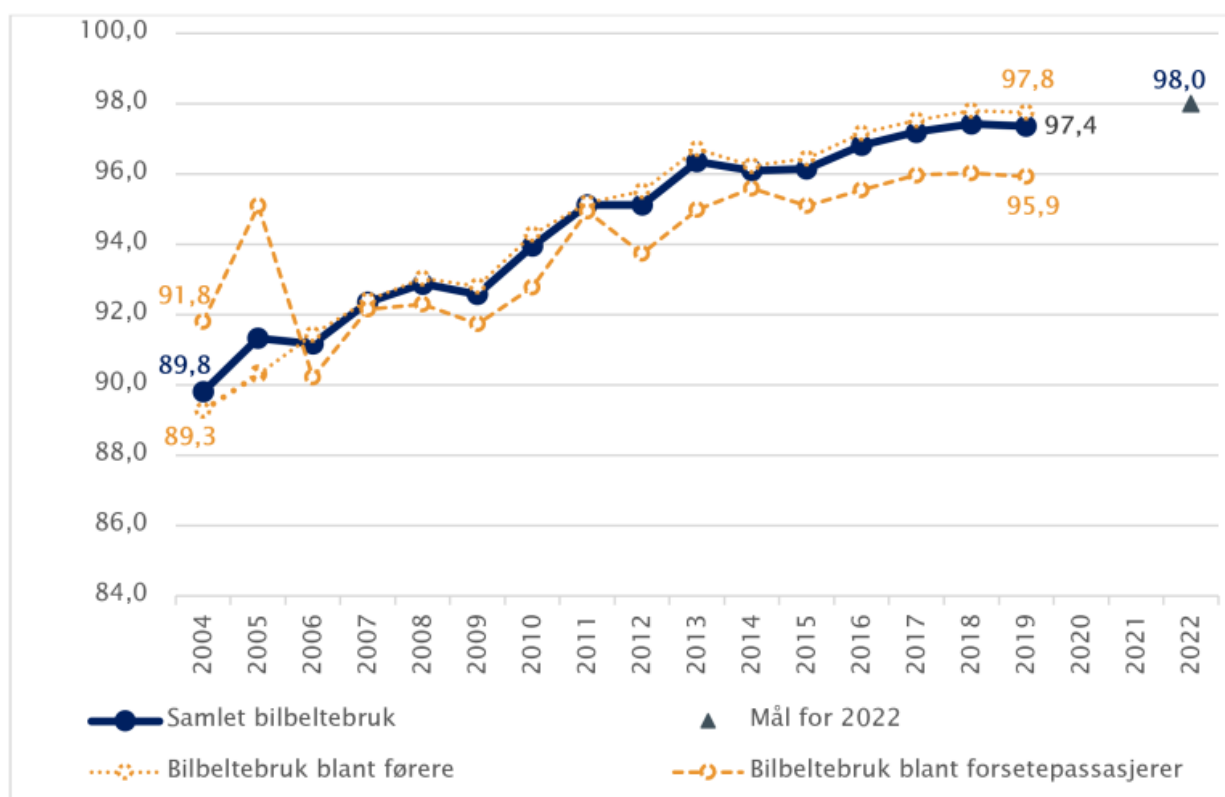
Høy ulykkesrisiko ved el-sparkesykler

Helsedirektoratet finansierte, i samarbeid med Statens Vegvesen, en registrering av alle skader påført som følge av en sykkelulykke eller ulykke forårsaket av elektrisk sparkesykkel ved Oslo skadelegevakt i 2019/2020⁶⁷. Det er høy ulykkesrisiko knyttet til bruk av elektrisk sparkesykkel og denne risikoen er vesentlig høyere enn den er for sykkel. Det tar tid for et nytt fremkomstmiddel å etablere seg i samspillet med eksisterende trafikk. Rapportering av skader og ulykker og analyse av skader, ulykker og risiko vil over tid gi oss bedre data til å se på både muligheter og risikokilder knyttet til bruken.

Bruk av bilbelte i bil

Statens vegvesen gjennomfører årlige registreringer av bilbeltebruk blant førere og forsetepassasjerer i lette kjøretøy⁶⁸. Imidlertid ble det på grunn av koronapandemien ikke gjennomført registreringer i 2020 og 2021.

Som det går fram av figur 3-10, viser samlet resultat for førere og forsetepassasjerer en positiv trend, fra 89,8 prosent bilbeltebruk i 2004 til 97,4 prosent i 2019. Det var imidlertid ingen endring fra 2018 til 2019. Vi må anta at jo nærmere 100 prosent vi kommer desto mer krevende blir det å oppnå en ytterligere økning. Målet i Nasjonal tiltaksplan for trafiksikkerhet på veg 2018-2021 om 98 prosent bilbeltebruk innen 2022 bør likevel være innenfor rekkevidde.



Figur 3-10. Utvikling i bilbeltebruk i lette biler. Samlet og fordelt på førere og forsetepassasjerer. Prosent. Kilde: Statens vegvesen 2003-2017

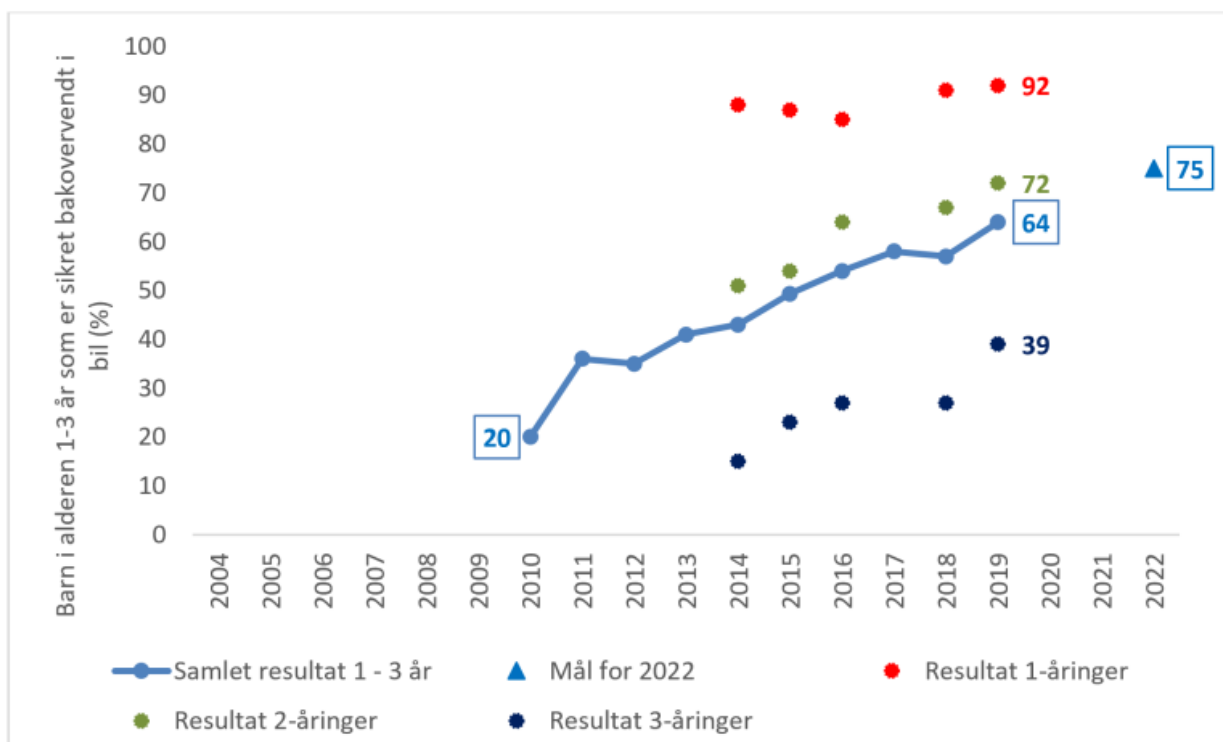
Figuren viser også resultatet splittet på førere og forsetepassasjerer. De siste årene har bilbeltebruken blant førere vært 1-2 prosentpoeng høyere enn blant forsetepassasjerer. Bilbeltebruken blant

baksetepassasjerer er trolig lavere enn blant forsetepassasjerer, men i og med at baksetepassasjerer ikke inngår i Statens vegvesen sine tilstandsundersøkelser, er det umulig å slå fast hvor stor forskjellen er.

Barn i alderen 1-3 år som er sikret bakovervendt i bil

Det anbefales at barn i bil sitter bakovervendt så lenge som mulig, helst til de minst har fylt 4 år. Trygg Trafikk og IF Skadeforsikring gjennomfører årlige tilstandsundersøkelser som viser andel barn i alderen 1–3 år som sikres bakovervendt⁶⁹. Undersøkelsene gjennomføres i samarbeid med utrykningspolitiet. Registreringene foretas i hovedsak utenfor barnehager og skoler, og omfatter alle landets fylker. Siste år med registreringer er 2019, da det ikke har vært mulig å gjennomføre tilstandsundersøkelsen i 2020 og 2021 på grunn av koronapandemien.

Figur 3-11 viser utviklingen i bakovervendt sikring av barn i bil i aldersgruppen 1–3 år. Fra registreringen startet i 2010 har andelen bakovervendt sikring økt fra 20 prosent til 64 prosent. Dette viser at det er en økende forståelse for viktigheten av at barn i denne alderen sitter bakovervendt. En videreføring av trenden de seneste årene viser at målet om 75 prosent bakovervendt sikring innen 2022 bør være innenfor rekkevidde. Oppsplittingen av hovedresultatet på årsklasser viser at utviklingen er mest positiv blant 2-åringene og 3-åringene, mens resultatet for 1-åringene har holdt seg relativt stabilt.



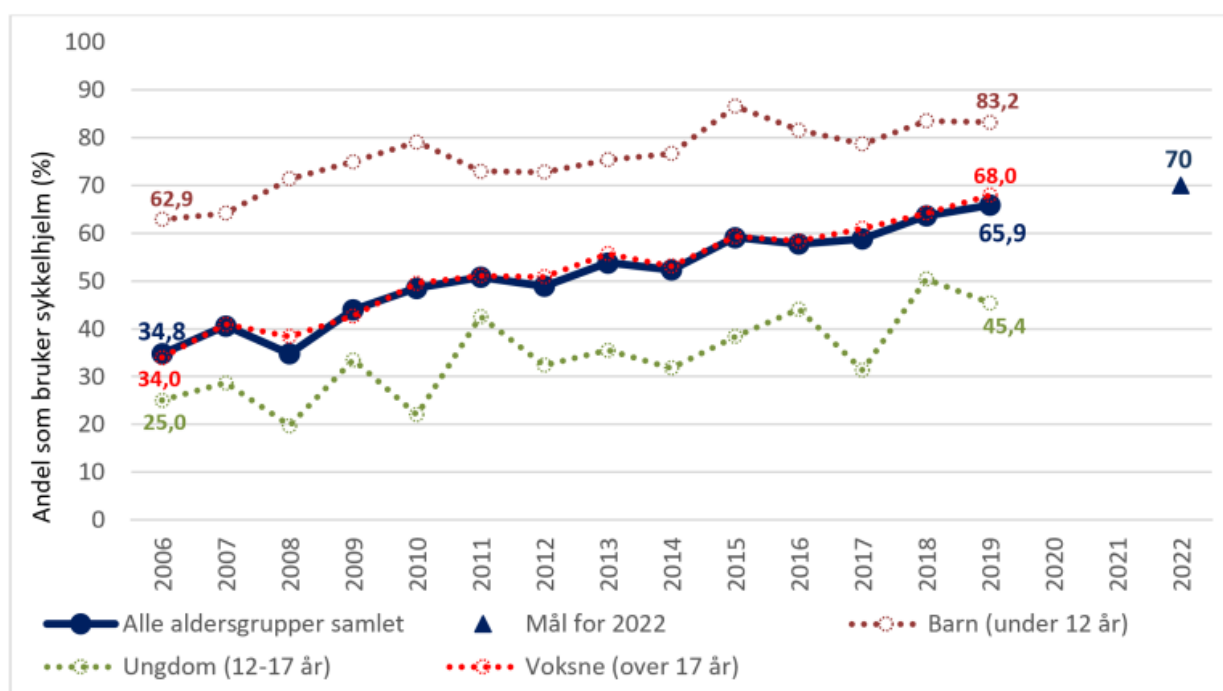
Figur 3-11. Utvikling i bakovervendt sikring av barn i alderen 1-3 år. Kilde: Trygg Trafikk i samarbeid med Utrykningspolitiet, 2019.

Bruk av sykkelhjelme

Statens vegvesen gjennomfører årlig registrering av bruk av sykkelhjelme. Tilstandsundersøkelsen ble ikke utført i 2020 og 2021, på grunn av koronapandemien. Siste år med registreringer er derfor 2019. Se [Tilstandsundersøkelser, Statens vegvesen](#)

Figur 3-12 viser at det samlet for alle aldersgrupper har vært en svært positiv trend, fra 34,8 prosent bruk i 2006 til 65,9 prosent bruk i 2019. Vi ser ut til å være i god rute mot målet om 70 prosent hjelmebruk innen 2022. Figuren viser også hjelmebruk splittet på aldersgruppene under 12 år (barn), 12-17 år (ungdom) og over 17 år (voksne). Økningene i hjelmebruk har vært størst blant de voksne. 68 prosent hjelmebruk i 2019 er

en økning på 3,8 prosentpoeng sammenliknet med 2018. Hjelmb Bruken er klart høyest blant barn. Det har imidlertid ikke vært noen økning i hjelmb Bruken blant barn de siste fire årene med registrering, og resultatet for 2019 er lavere enn for 2015. Ungdom har klart lavest hjelmb Bruk enn andre aldersgrupper. Registrert hjelmb Bruk for denne aldersgruppen varierer betydelig fra år til år.

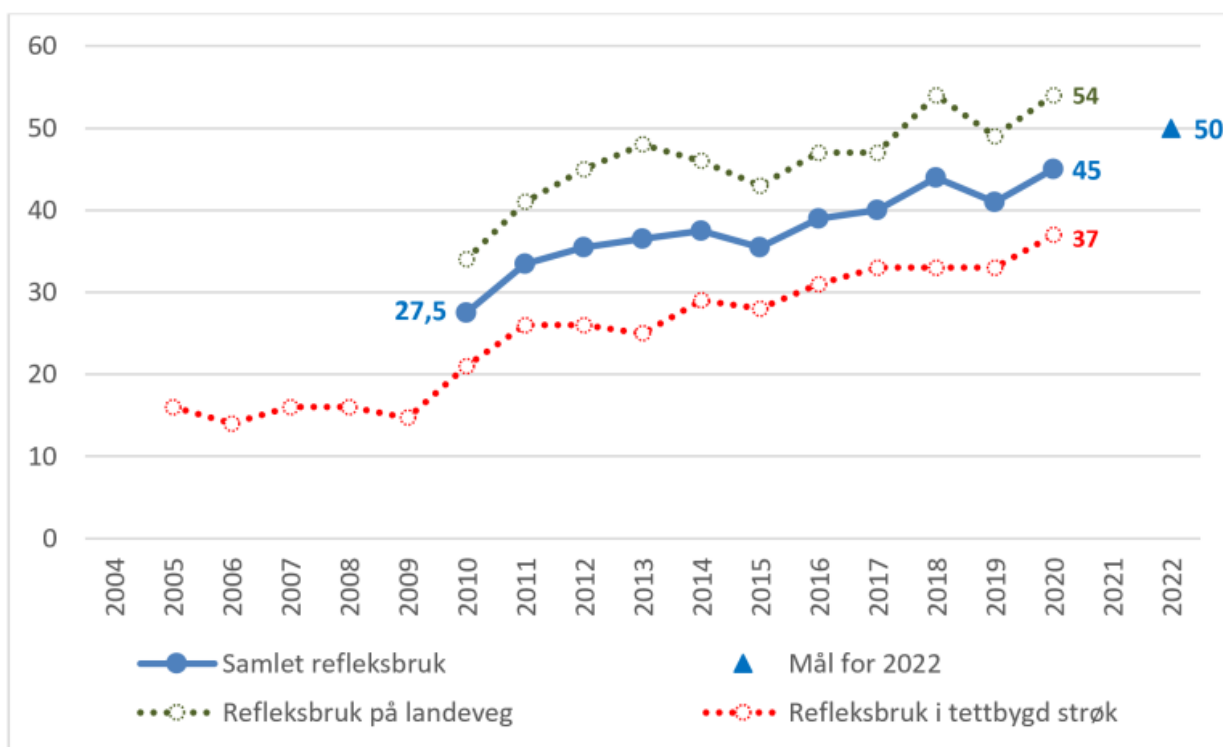


Figur 3-12. Bruk av sykkelhjelmer – Registrert tilstand og mål. Kilde: Statens vegvesen 2003-2017

Bruk av fotgjengerrefleks

Trygg Trafikk (2020) gjennomfører årlige registreringer av refleksbruk blant voksne fotgjengere i november⁷⁰. Registreringene gjøres på belyst veg i mørke, og omfatter både tellepunkter i tettbygd strøk og på landeveg.

Figur 3-13 viser at vi har en positiv trend når det gjelder bruk av fotgjengerrefleks. Registreringene i 2020 viste at 45 prosent av fotgjengerne brukte refleks på belyst veg i mørke. Dette er den høyeste andelen som er registrert. Målet om at halvparten av fotgjengerne skal bruke refleks i 2022 er fortsatt innen rekkevidde. Oppsplittingen på områdetype viser at refleksbruken i tettbygd strøk har hatt en relativt jevn vekst, fra 15 prosent i 2009 til 37 prosent i 2020. På landeveg var det en kraftig reduksjon fra 2018 til 2019, men en tilsvarende økning fra 2019 til 2020. Registreringene i 2020 viser store forskjeller mellom fylkene. Oslo skiller seg ut med kun 26 prosent refleksbruk, som er klart lavest blant fylkene. Nordland ligger best an med 62 prosent refleksbruk.



Figur 3-13. Bruk av fotgjengerrefleks – Registrert tilstand og mål. Andel. Kilde: Trygg Trafikk, 2020

3.9.3. Drukning

Det ble registrert totalt 88 drukningsulykker i Norge i 2020. Gjennomsnittet for de siste ti årene er 93 drukningsulykker pr år. Ifølge Folkehelseinstituttet (2019) overtok Redningsselskapet i 2017 oppgaven med å registrere drukningsulykker i Norge.

Redningsselskapets statistikk baserer seg på medieovervåkning⁷¹.

Ifølge FHI (2019) vil risiko for å drukne øke med synkende temperatur i vannet. Svømmeferdigheter er også avgjørende for hvorvidt man klarer seg i vann. Bare 6 av 10 voksne nordmenn oppgir at de kan svømme 200 meter eller lenger, ifølge en ny undersøkelse utført for Redningsselskapet og Norges Svømmeforbund⁷².

Redningsselskapet arbeider for å etablere en nullvisjon for drukningsulykker og en nasjonal tiltaksplan for drukningsforebygging. Skadeforebyggende forum og drukningsforebyggende råd arbeider målrettet mot kommuner og oppfordrer de til å bli nullvisjonskommuner⁷³.

⁶³ [Personskadedata – Årsrapporter - Helsedirektoratet](#)

⁶⁴ FHI 2021, [Microsoft Word - Skadebildet i Norge_til publisering_pk.docx \(fhi.no\)](#)

⁶⁵ [nasjonal-tiltaksplan-for-trafikksikkerhet-pa-veg-2018-2021.pdf \(vegvesen.no\)](#) (Statens vegvesen, Politiet, Helsedirektoratet, et al. 2018)

⁶⁶ [Risiko i veitrafikken 2017/18 - Transportøkonomisk institutt \(toi.no\)](#) 2020

- 67 [Brage - Statens vegvesen: Skader på sykkel og elektrisk sparkesykkel i Oslo \(unit.no\)](#)
- 68 [Tilstandsundersøkelser | Statens vegvesen](#)
- 69 Se omtale av sikring av barn [Trafikksikkerhetsutviklingen-2019.pdf \(trafikkforum.no\)](#)
- 70 Trygg Trafikk Reflekstelling 2020
- 71 [Redningsselskapets drukningsstatistikk - Redningsselskapet](#)
- 72 [Svømmeferdigheter-og-risikovurdering_RS-og-NSF.pdf \(redningsselskapet.no\)](#) 2021
- 73 [Bli en nullvisjonskommune | Skadeforebyggende forum \(skafor.org\)](#)

Sunne valg

Det er fortsatt store sosiale forskjeller i helseatferd i befolkningen. Nedgangen i dagligrøyking fortsetter både blant voksne og unge.

I Norge har vi gjennom mange år sett en positiv utvikling der stadig færre unge røyker, og gjennomsnittsalderen blant dagligrøykere stiger. Det er imidlertid fortsatt stor forskjell mellom ulike sosiale grupper.

Noen flere voksne, men fortsatt alt for få, følger anbefalt minimumsnivå for fysisk aktivitet.

Kostholdet har endret seg over tid. De siste ti årene har blant annet forbruket av sukker gått ned og forbruket av grønnsaker økt. Likevel har mange fremdeles et kosthold som øker risikoen for å utvikle hjerte- og karsykdommer, kreft, fedme og diabetes type 2. Det er også få som følger kostrådene. De største ernæringsmessige utfordringene i tiden framover er å øke inntaket av grønnsaker, frukt og bær, grove kornprodukter og fisk, og å redusere inntaket av mettet fett, salt og sukker i alle grupper av befolkningen. I tillegg til virkemidler som pris, tilgjengelighet og informasjon, skal samarbeid med næringslivet bidra til å gjøre det enklere å ta sunne valg i hverdagen.

Vi har sett en trend der alkoholbruken har gått noe ned de siste årene, både i befolkningen generelt og særlig blant ungdom, men nedgangen ser nå ut til å ha flatet ut. Det har vært en markant økning i omsetning av alkohol det siste året. Dette antas å henge sammen koronasituasjonen i 2020/21.

Koronahåndteringen ser ut til å ha gitt positive utslag på indikatorer for seksuell helse. Det var en tydelig nedgang i antall utførte aborter i perioden mai til november 2020 sammenlignet med samme periode i 2019. Trenden med økende antall tilfeller av genital klamydia og gonoré de siste årene stoppet også opp i 2020, og trenden med nedadgående påviste hiv-tilfeller forsterket seg i 2020.

4.1

Helseatferd og helse

Helseatferd som røyking, fysisk aktivitet, kosthold og alkohol har stor betydning for forekomsten av en rekke ikke-smittsomme sykdommer, som hjerte-karsykdommer, type 2 diabetes, kreft og kroniske luftveissykdommer og rus/alkoholrelaterte skader. Innsatsen for å påvirke befolkningens helserelaterte atferd er bred og involverer ulike tiltak og virkemidler innenfor flere samfunnssektorer. Målet er å styrke befolkningens muligheter til å ta informerte valg og legge forholdene til rette for å gjøre det enkelt å foreta sunne valg. Det er også et mål å utjevne de sosiale forskjellene i helseatferd da disse i stor grad påvirker sosial ulikhet i helse og forventet levealder.

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 og andre land¹. 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 utdanning².

Arbeidet for å begrense omfanget av skadelig helseatferd står sentralt i WHO's strategi for å bekjempe ikke-smittsomme sykdommer. I 2012 vedtok organisasjonen et globalt mål- og indikatorrammeverk for å bekjempe ikke-smittsomme sykdommer³. Norge har sluttet seg til dette målet. WHO ser at helseatferd ikke bare er et resultat av individuelle valg, men også henger sammen med sosiale forhold og strukturelle faktorer. I strategien understreker WHO derfor nødvendigheten av å styrke menneskers rammebetingelser for sunn helseatferd. For å følge opp WHO-strategien har Norge en egen strategi for ikke-smittsomme sykdommer som bygger på eksisterende nasjonale handlingsplaner, strategier og retningslinjer.

Ambisjonen er at Norge skal nå målet om 25 prosent reduksjon av for tidlig død av disse folkesykdommene før 2025⁴.

Våre levevaner har konsekvenser for miljø og bærekraft. Produksjon og forbruk av mat står for en stor andel av Norges klimagassutslipp. Et kosthold i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger sammenfaller i stor grad med et mer bærekraftig kosthold. Redusert matsvinn og et mer plantebasert kosthold vil bidra til redusert miljøbelastning og mindre klimagassutslipp. Det vil også tilrettelegging for aktiv transport i stedet for bilbruk, og reduksjon av tobakksbruk som vil kunne frigjøre areal og vann til matproduksjon. I stortingsmelding Klimaplan for 2021-2030 (Meld. St. 13) inngår flere tiltak for å fremme et sunt, bærekraftig og klimavennlig kosthold.

Rapporten Bærekraftige kostråd – vurdering av de norske kostrådene i et bærekraftperspektiv⁵ ble utgitt i 2017 av Nasjonalt råd for ernæring. I tillegg til en systematisk kunnskapsgjennomgang av sammenhengen mellom kosthold og helse, vil aspekter ved bærekraft for første gang integreres i de nye nordiske ernæringsanbefalingene som forventes ferdigstilt i 2022 – the Nordic Nutrition Recommendations (NNR2022).

¹ Strand og Tverdal 2004, Berglund m.fl. 2001

² Beaglehole og Magnus, 2002

³ [FHI \(2017\) WHO's globale handlingsplan](#)

⁴ [NCD-strategi 2013–2017 \(PDF, regjeringen.no\)](#)

⁵ [Bærekraftig kosthold – vurdering av de norske kostrådene i et bærekraftperspektiv.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

4.2

Kosthold

De største ernæringsmessige utfordringene i tiden framover er å øke inntaket av grønnsaker, frukt og bær, grove kornprodukter og fisk, og å redusere inntaket av mettet fett, salt og sukker i alle grupper av befolkningen. Et kosthold i tråd med Helsedirektoratets råd og anbefalinger legger grunnlag for god helse og redusert risiko for ikke-smittsomme sykdommer. Helsedirektoratet anbefaler å ha et variert kosthold med mye grønnsaker, frukt og bær, grove kornprodukter og fisk, og begrensede mengder av bearbeidet kjøtt, rødt kjøtt, salt, sukker og mettet fett. I Helsedirektoratets rapport [Samfunnsgevinster av å følge Helsedirektoratets kostråd](#)⁶ anslås mulige samfunnsgevinster av at befolkningen følger kostrådene til totalt 154 milliarder kroner per år.

Det er både positive og negative trekk ved utviklingen i norsk kosthold over tid. De siste ti årene har blant annet forbruket av sukker gått ned og grønnsaksforbruket gått opp, mens fruktforbruket har gått ned.

Videre har forbruket av fisk gått ned og er vesentlig lavere enn forbruket av kjøtt. Mange har fremdeles et kosthold som øker risikoen for å utvikle hjerte- og karsykdommer, kreft, fedme og diabetes type 2. Vurdert opp mot kostrådene spiser vi for lite grønnsaker, frukt, bær, grove kornvarer og fisk, og for mye mettet fett, sukker og salt.

Med utgangspunktet i 2010-tall er NCD-målet å redusere saltinntaket i befolkningen med 30 prosent innen 2025. Høyt saltinntak øker risikoen for høyt blodtrykk og hjerte- og karsykdommer^{7 8}. Flere beregninger viser at reduksjon i saltinntaket kan gi store helsegevinster og være meget kostnadseffektivt. Da 70-80 prosent av saltinntaket kommer fra industriebearbeidede matvarer, vil reduksjon i tilsetningen av salt i matvarer gi helsegevinster i befolkningen.

De nordiske ernæringsanbefalingene – the Nordic Nutrition Recommendations (NNR) – utgjør det vitenskapelige grunnlaget for ernæringspolitikk, nasjonale næringsstoffanbefalinger og matvarebaserte kostråd i de fem nordiske landene og de tre baltiske landene. Arbeidet med å oppdatere NNR er i gang og forventes ferdigstilt i desember 2022 (NNR2022). Prosjektet ledes av Helsedirektoratet. Nordisk ministerråd har bedt om at bærekraftaspektet ved kostholdet skal integreres i de kommende NNR, som ledd i deres visjon om å bli verdens mest bærekraftige region innen 2030. I tillegg til en systematisk kunnskapsgjennomgang av sammenhengen mellom kosthold og helse, vil derfor aspekter ved bærekraft for første gang integreres i kostrådene. Matvaresystemene knytter kostrådene og klima sammen. Flere av FNs 17 bærekraftsmål bygger direkte på matproduksjon og nasjonal ernærings- og helsepolitikk. Oppgaven for NNR2022-prosjektet er derfor å vurdere hvordan de lokale matvaresystemene i de åtte nordiske og baltiske landene kan være forenlig med et sunt kosthold og samtidig være klimavennlige. Dette er en viktig oppgave på veien mot å nå FNs bærekraftsmål og Nordisk Ministerråds visjon om å bli verdens mest bærekraftige region innen 2030. Dette er også en viktig oppgave på veien mot målene i Klimaplan for 2021-2030⁹.

I stortingsmelding Klimaplan for 2021-2030 (Meld. St. 13 (2020-2021) gis konkrete tiltak for forbruksendringer som indirekte kan gi utslippsreduksjoner i jordbrukssektoren. Det vektlegges at det skal bli enklere for folk å velge sunn, bærekraftig og klimavennlig mat. Arbeidet med å redusere matsvinnet og med at folk skal følge kostrådene fra Helsedirektoratet, medvirker til å redusere klimautslippet.

Indikatorer

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

I Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2023)¹⁰ er det overordnede målet et sunt og variert kosthold i hele befolkningen, uavhengig av kjønn, alder, geografi, sosioøkonomisk status, kulturell bakgrunn, funksjonsevne, religion og livssyn. Ett av delmålene er å redusere forskjeller i kosthold mellom ulike sosioøkonomiske grupper. Det er også en målsetting å redusere kostholdsforskjellene mellom menn og kvinner. Det er satt kvantitative mål for endringer i kostholdet innen 2023.

Barn og unge fremheves som en viktig målgruppe i handlingsplanen. Målene som er satt for barn og unge er å øke andelen av spedbarn som ammes og fullammes, andelen av barn som spiser frokost og andelen som spiser frukt og grønnsaker daglig. Samtidig er det et mål å redusere andelen som spiser godteri og drikker søt drikke nesten daglig.

Midtveisevalueringen av Handlingsplan for et bedre kosthold¹¹ konkluderte blant annet med at det er behov for mer systematikk i kartlegging og oppdatering av data om kostholdet og økt kunnskap og kompetanse om mat, måltider og ernæring i kommunen for å bidra til et bedre kosthold for de ulike målgruppene.

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

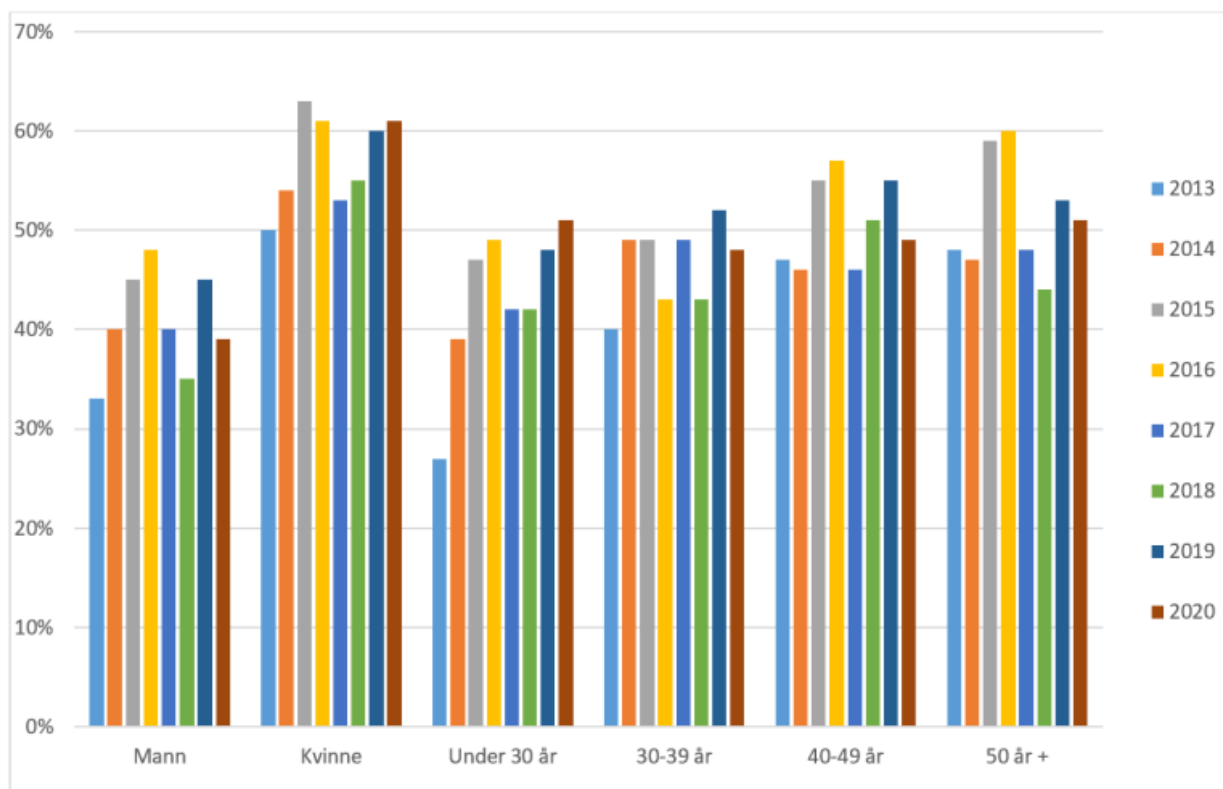
Helsedirektoratets kostråd:

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

Se etter nøkkelhullet når du handler

Andelen som følger Helsedirektoratets kostråd er lav. Den nasjonale kostholdsundersøkelsen blant voksne (Norkost 2010-11)¹² viste for eksempel at bare 22 prosent av menn og 25 prosent av kvinner spiste anbefalt mengde grønnsaker, frukt og bær. De med lang utdanning spiser oftere grønnsaker, frukt, bær og fisk og drikker sjeldnere sukkerholdig drikke enn de med kort utdanning¹³.

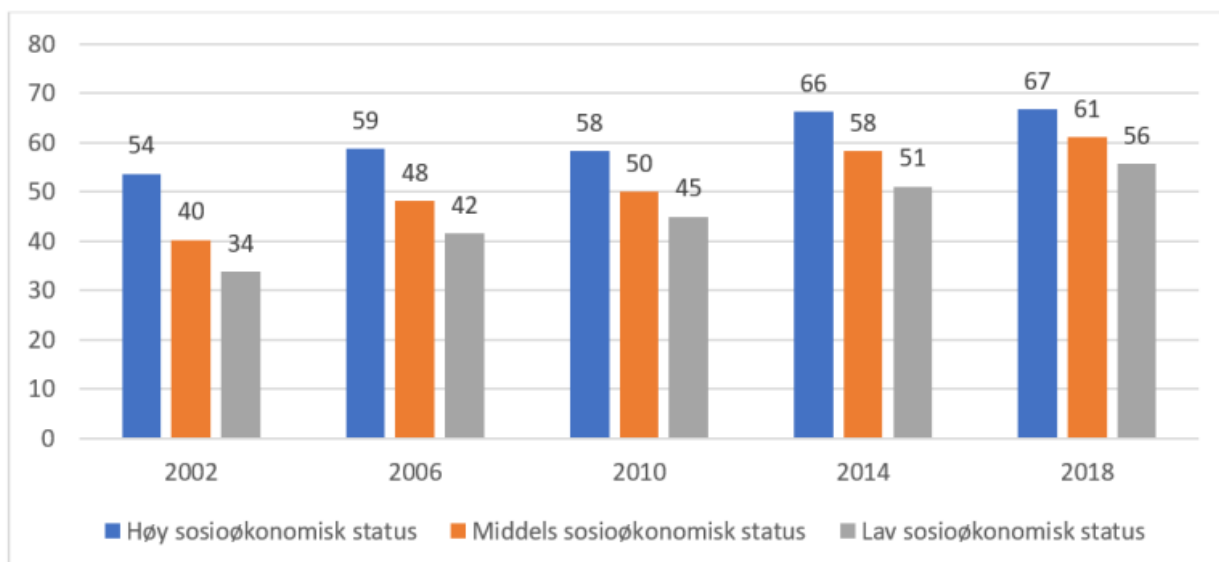
Figur 4-1 viser at kjennskapen til de nasjonale kostrådene har økt noe siden 2013. I undersøkelsen fra 2020 rapporterte 50 prosent at de kjenner til Helsedirektoratets kostråd. Dette er imidlertid en liten nedgang fra 2019 da 52 prosent svarte at de kjente til de nasjonale rådene. Andelen med kjennskap til kostrådene har imidlertid økt noe blant kvinner og i aldersgruppen under 30 år fra 2019 til 2020. Kvinner har i hele perioden hatt høyere kjennskap til kostrådene enn menn, og kjennskapen stiger ved høyere utdanning.



Figur 4-1 Andelen som svarer at de kjenner til Helsedirektoratets kostråd etter kjønn og alder 2013-2020. Kilde: Norstat/Opinion

Kjennskap til de enkelte kostrådene er god. For eksempel kjenner om lag tre av fire til de tre anbefalingene om henholdsvis «fem om dagen», fisk til middag to til tre ganger i uken og at det er anbefalt å spise grove kornprodukter daglig.

Blant barn og unge er det forskjell i kostvaner etter familiens sosioøkonomiske status. I HEVAS¹⁴ undersøkelsen om helsevaner blant skoleelever¹⁵ har andelen barn og unge (6., 8. og 10. trinn) som oppgir at de spiser grønnsaker minst fem ganger i uken økt over tid, men svarene viser forskjeller etter sosioøkonomisk status. I 2018 var denne andelen 67 prosent blant de med høy sosioøkonomisk status, mens den var 56 prosent blant de med lav sosioøkonomisk status (figur 4-2).



Figur 4-2 Andelen elever på 6., 8. og 10. klassetrinn som spiser grønnsaker minst 5 ganger i uken, 2002-2018 etter sosioøkonomisk status. Kilde: Helsevaner blant skoleelever (HEVAS). Institutt for helse, miljø og likeverd (HEMIL), Universitetet i Bergen.

Barnevekststudien¹⁶ (www.fhi.no) og Ung-HUNT4 viser at omtrent 1 av 5 unge enten har overvekt eller fedme. Dette er alvorlig, siden overvekt og fedme kan gå ut over barnets helse og trivsel.

Tall fra helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) viser at om lag 7 av 10 menn og 6 av 10 kvinner som er 20 år eller eldre har overvekt eller fedme¹⁷. Overvekt og fedme øker risikoen for hjerteinfarkt, hjerneslag, kreft, diabetes type 2 og muskel- og leddplager. Overvekt og fedme har komplekse årsakssammenhenger og det kreves innsats på ulike områder og sektorer for å adressere denne helseutfordringen. Forebygging gjennom blant annet et godt kosthold og regelmessig fysisk aktivitet er allikevel av stor betydning for folkehelsen. Et globalt mål for NCD er ingen økning i andelen med fedme i befolkningen.

Den nasjonale handlingsplanen for bedre kosthold peker på utfordringer knyttet til inntak av jod og D-vitamin i befolkningen. Helsestasjonen gir tilbud om gratis D-vitamintilskudd de første seks månedene til spedbarn med foreldre med bakgrunn fra Afrika, Asia, Sør- og Mellom-Amerika. Jodinntaket er lavt i deler av befolkningen. Det er spesielt unge kvinner og gravide som risikerer å få i seg for lite jod. Helsemyndighetene vurderer mulige tiltak som skal iverksettes for å sikre at befolkningen får et tilfredsstillende inntak av jod.

4.2.1 Mulige konsekvenser av covid-19

Covid-19-pandemien kan ha påvirket kostholdet på ulike måter. Folkehelse rapportens temautgave om [Folkelsen etter covid-19 \(fhi.no\)](https://www.fhi.no/folkhelsen-etter-covid-19) påpeker at forskning på hvordan levevanene i befolkningen har endret seg under pandemien, ikke er entydig¹⁸. I den [nasjonale folkehelseundersøkelsen \(www.fhi.no\)](https://www.fhi.no/nasjonale-folkhelseundersokelsen) som ble gjennomført av FHI i oktober 2020, oppgir de fleste voksne (totalt 74 prosent) at de spiser omtrent like sunt eller usunt som før koronapandemien. Totalt 23 prosent i aldersgruppen 18-24 år mener de spiser mindre sunt nå enn før koronaen.

I Helsedirektoratets årlige rapport Utviklingen i norsk kosthold¹⁹ følges matforsyningsstatistikken årlig og over tid. Pandemien har ført til betydelig nedgang i grensehandelen i 2020, og til økt ordinær import og økt nasjonal produksjon av en rekke varer. Disse endringene har medført høyere engrosforbruk av flere varegrupper. Det er usikkert om de relativt store endringene i forbruk vil bestå i etterkant av pandemien.

4.2.2 Tiltak for et sunnere kosthold

Samarbeid med matvarebransjen

Formålet med samarbeidet mellom helsemyndighetene og matvarebransjen er å legge til rette for at forbrukeren har lettere tilgang til sunne matvarer, samtidig som at matvarebransjens kommersielle interesser ivaretas. Et samarbeidsområde er merkeordningen for nøkkelhullet, som har til hensikt å hjelpe forbrukeren å velge et sunnere alternativ.

Et annet samarbeid er partnerskap med matvarebransjen, herunder saltpartnerskapet og intensjonsavtalen for et sunnere kosthold, der målet er å øke andel av befolkningen som har et balansert kosthold i tråd med myndighetenes kostråd. Et tredje samarbeidsområde er Matbransjens Faglige Utvalg (MFU) som er opprettet i samråd med myndighetene, og som er et organ for bransjens selvregulering av markedsføring av mat og drikke rettet mot barn. Helsedirektoratet er myndighetenes representant i MFU.

Nøkkelhullet

Bruken av Nøkkelhullet er fastsatt i forskrift. Revidert [Nøkkelhullforskrift](#) trådte i kraft 1.3.2021. Merket kan nå benyttes på flere matvarer, blant annet flere vegetarprodukter. Helsedirektoratet har løpende dialog med matvarebransjen om nøkkelhullmerkeordningen. Bransjen ønsker at helsemyndighetene fremmer merket i befolkningen slik at ordningen gjøres kjent og benyttes. Antall nøkkelhullprodukter i dagligvarehandelen har gått ned fra 2084 til 1647 i perioden 2017 til 2020. I noen kategorier som kornblandinger, grøt og brødvarer, er antall nøkkelhullprodukter økt med mellom 3 og 8 prosent fra 2019 til 2020. I den nasjonale handlingsplanen for bedre kosthold er det et mål at antall produkter øker årlig. Det skal settes et mål for økt omsetning av nøkkelhullprodukter under intensjonsavtalen for et sunnere kosthold 2022-2025.

Kjennskapen og tilliten til Nøkkelhullet blant forbrukere er stabilt høy. I en opinionsundersøkelse i 2021 svarte 97 prosent at de kjenner til Nøkkelhullet og 60 prosent at de har tillit til at nøkkelhullmerkede matvarer er sunnere enn andre matvarer i samme kategori. Det er ingen forskjell i kjennskap etter utdanningsnivå. Tilliten til Nøkkelhullet øker med utdanningsnivå. Nesten 50 prosent svarer at Nøkkelhullet gjør det enklere å velge sunnere.

Saltpartnerskap

Nordmenn spiser nesten dobbelt så mye salt som anbefalt. Mesteparten av saltinntaket kommer fra industriebearbeidede matvarer og mat spist på serveringssteder. Målet på lang sikt er å redusere saltinntaket i befolkningen fra dagens ca. 10 gram per dag til 5 gram per dag. For å lykkes i dette arbeidet, initierte Helsedirektoratet i 2015 et saltpartnerskap med aktører fra matvare- og serveringsbransjer, forsknings- og interesse miljøer og helsemyndighetene med mål om å bidra til å redusere saltinntaket i befolkningen med 30 prosent innen 2025. I 2021 er 91 virksomheter og organisasjoner tilsluttet avtalen, mot 56 partnere ved etableringen i 2015. Det er utarbeidet veiledende mål for gjennomsnittlig saltinnhold i ca. 100 matvarekategorier. Rapporten Saltpartnerskap 2015-2018 viser fremdrift og måloppnåelse til og med 2018²⁰. Her framgår det at forbrukernes kunnskap om salt, helse og saltinnhold i matvarer er høy, men lite endret i perioden partnerskapet har pågått. Kartlegging av saltinnholdet i matvarer i 2018 viste at saltinnholdet lå innenfor saltmålet i 40 prosent av matvarekategoriene og var redusert i ca. halvdelen av kategoriene. Resultater fra Tromsøundersøkelsen i 2015-2016 basert på analyse av døgnurin fra om lag 500 deltakere, bekrefter at gjennomsnittlig saltinntak er på nivå med anslått inntak på ca. 10 gram per dag hos voksne. Det foreligger ikke data fra nyere undersøkelser og det er derfor ikke mulig å gi en samlet vurdering av om partnerskapets overordnede målsetning er nådd. Bransjene som deltar i partnerskapet

opplever imidlertid at det er motiverende med et likeverdig samarbeid med myndighetene for å bidra til bedre folkehelse. Saltpartnerskapet (2015-2021) avvikles i 2021, men arbeidet med saltreduksjon fortsetter i intensjonsavtalen for et sunnere kosthold for perioden 2022-2025.

Markedsføring av usunn mat og drikke

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

MFU behandler klager på markedsføringsaktiviteter og gjør forhåndsvurderinger av markedstiltak. Det finnes en egen [nettside hvor klageskjema og vedtak er tilgjengelig \(mfu.as\)](https://mfu.as). Siden etablering av ordningen i 2014 har utvalget avsagt 87 formelle vedtak og 134 forhåndsuttalelser (per våren 2021). Dette er viktige aktiviteter for ordningen. Oversikt over anonymiserte forhåndsuttalelser publiseres også på nettsidene. Myndighetene er representert i MFU. Det avholdes møter mellom helsemyndighetene og MFU ca. to ganger i året. FHI evaluerte MFU-ordningen i 2019 og resultatene ble publisert i en rapport i 2020²¹. Rapporten viser blant annet at få benytter seg av klageordningen og at det bare er en tredel av alle foreldre som kjenner til klageordningen. Frivillig sektor, forbrukerorganisasjoner og myndighetene ønsker en heving av aldersgrensen på 13 år for klageordningen, mens MFU-eierne og bransjen selv utelukker dette. Arbeid relatert til markedsføring av mat til barn følges også opp i nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2023). Helsedirektoratet deltar i nettverket «The WHO European Action Network on reducing marketing pressure on children».

Intensjonsavtale om et sunnere kosthold

I 2016 ble det inngått en intensjonsavtale om tilrettelegging for et sunnere kosthold mellom helsemyndigheter og matvarebransjen innenfor seks innsatsområder. Avtalen fra 2017 til 2021 ble i juni 2021 forlenget til å vare ut 2025, hvor målene fra dagens avtale enten er beholdt eller skjerpet. Saltpartnerskapet (2015-2021) avvikles i 2021, men arbeidet med saltreduksjon fortsetter i intensjonsavtalen for et sunnere kosthold for perioden 2022-2025. Gjennom avtalen forplikter partene seg til å bidra til å redusere innholdet av salt, tilsatt sukker og mettet fett, samt øke inntaket av frukt og grønt, fisk og sjømat og grove kornprodukter i befolkningen. Alle tilsluttede aktører skal i tillegg bidra til å endre forbrukeratferd i sunnere retning og monitorere utviklingen i kostholdet.

De overordnede målene i avtalen er knyttet opp mot målene i nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2023). Per 2021 har over 100 virksomheter og organisasjoner sluttet seg til avtalen. Helsedirektoratet har sekretariatsfunksjon for avtalen og en ekstern tredjepart (Forskningsstiftelsen Fafo) har ansvar for å evaluere arbeidet gjennom hele avtaleperioden. Evalueringen vil primært vurdere arbeidsform og initiativene som gjøres, og sekundært se på effektene av avtalen på befolkningshelse. Årsrapporter for 2017, 2018 og 2020 er publisert på norsk og engelsk²². Fafo publiserte en [midtveisevaluering av intensjonsavtalen](#) i desember 2020, hvor et av hovedfunnene er at intensjonsavtalen gjør samarbeidet for bedre folkehelse mer oversiktlig. Aktørene framhevet det positive i at alle involverte trekker i samme retning. En felles møteplass mellom matbransjen og myndighetene trekkes frem som en viktig suksessfaktor. I desember 2020 ble samarbeidet om reduksjon av tilsatt sukker gjenopptatt.

I 2020 publiserte koordineringsgruppen for intensjonsavtalen en statusrapport for arbeidet i 2016-2019 som viser en positiv utvikling for salt og tilsatt sukker i perioden. Utviklingen av mettet fett viser et stabilt inntak, mens innsatsområdet for økt inntak har hatt både positive og negative utviklingstrekk.

Pris- og avgiftspolitikkk på mat og drikke

Indikator:

- I Norge har det vært særavgifter på sukkerholdige varer gjennom avgift på husholdningssukker, alkoholfrie drikkevarer og sjokolade- og sukkervarer. Avgift på sjokolade- og sukkervarer ble imidlertid avviklet fra 1. januar 2021. Avgift på alkoholfrie drikkevarer (brus og andre drikkevarer som er tilsatt sukker eller kunstig søtstoff) ble redusert til prisjustert 2017-nivå den 1. juli 2020, noe som innebar et avgiftskutt på om lag 40 prosent. Avgiften ble deretter ytterligere halvert 1. januar 2021 og fjernet helt fra 1. juli 2021. Til sammen medfører disse avgiftskuttene at prisnivået på sjokolade- og sukkervarer og alkoholfrie drikkevarer potensielt reduseres. Dette øker tilgjengeligheten av disse varene og kan ha negativt effekt for folkehelsen. I FHIs notat fra 2021 om særavgiftenes betydning for forbruk og konsekvensene for folkehelsen, oppsummeres bl.a. følgende: «Det er vanskelig å skulle tallfeste hvordan økt forbruk av sukkervarer slår ut i form av helsekonsekvenser, men gitt det store spekteret av potensielle helseproblemer knyttet til høyt inntak av sukkerholdige og energirike matvarer, vil avgiftsreduksjonen trolig ha en negativ effekt på befolkningens helse.»²³

År	Fisk og sjømat	Frukt	Grønnsaker	Mineralvann, leskedrikker, frukt- og grønnsaksjuice	Brennevin	Vin	Øl	Tobakk	KPI totalt
2000	78	75	75	59	82	78	72	85	75
2002	85	82	78	59	78	78	72	50	78
2004	75	78	82	62	75	78	70	60	80
2006	80	82	85	65	80	82	70	65	82
2008	85	85	90	70	85	88	75	70	85
2010	90	88	92	80	90	92	80	75	90
2012	95	92	95	90	95	95	90	85	95
2014	100	95	100	95	100	100	95	90	100
2016	110	100	105	105	105	105	105	100	105
2018	118	110	108	110	108	108	108	115	110
2020	125	102	110	115	108	110	108	102	110

⁷ Cappuccio et.al. 2018. [Population dietary salt reduction and the risk of cardiovascular disease. A scientific statement from the European Salt Action Network - Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases \(nmcd-journal.com\)](#)

⁸ WHO 2012. Guideline: Sodium intake for adults and children.

⁹ [Meld. St. 13 \(2020–2021\) - regjeringen.no](#)

¹⁰

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-handlingsplan-for-bedre-kosthold-20172021/id2541870>

¹¹ FHI 2020. [Midtveisevalueringen av Handlingsplan for et bedre kosthold](#)

¹² Universitetet i Oslo, Mattilsynet, Helsedirektoratet (2012). Norkost 3 En landsomfattende kostholdsundersøkelse blant menn og kvinner i Norge i alderen 18-70 år, 2010-11. IS-2000

¹³ Helsedirektoratet 2020. Utviklingen i norsk kosthold 2020 (IS-2963)

¹⁴ [Helsevaner blant skoleelever. En WHO undersøkelse i flere land \(HEVAS\) | Sosial innflytelse på ungdoms atferd og helse | UiB](#)

¹⁵ Institutt for helse, miljø og likeverd (HEMIL), Universitetet i Bergen <https://www.uib.no/helsevaner>

¹⁶ Folkehelseinstituttet. Barnevekststudien. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2008, 2010, 2012 og 2015.

¹⁷ FHI (2021) Overvekt og fedme blant voksne. Indikatorer for ikke-smittsomme sykdommer (NCD) fhi.no

¹⁸ [Folkehelsen etter covid-19 - FHI](#)

¹⁹ <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utviklingen-i-norsk-kosthold>

²⁰ Helsedirektoratet (2019) [Saltpartnerskapet-2015-2018- Fremdrift-og-måloppnåelse](#)

²¹ FHI (2020) Evaluering av Matbransjens faglige utvalg (MFU). En evaluering av den norske selvreguleringsordningen som skal begrense markedsføring av usunn mat og drikke rettet mot barn og unge. [Rapport. 2020](#)

²² Alle rapportene fra følgeevalueringen til FAFO er publisert her: <https://www.fafo.no/prosjekter/aktive-prosjekter/item/intensjonsavtalen-om-sunnere-kosthold>

²³ [notat-vurdering-av-saravgiftenes-betydning-2021.pdf \(fhi.no\)](#)

4.3

Bruk av tobakk

I Norge har vi gjennom mange år sett en positiv utvikling der stadig færre unge røyker, og gjennomsnittsalderen blant dagligrøykere stadig stiger. Det er imidlertid fortsatt stor forskjell mellom ulike sosiale grupper.

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

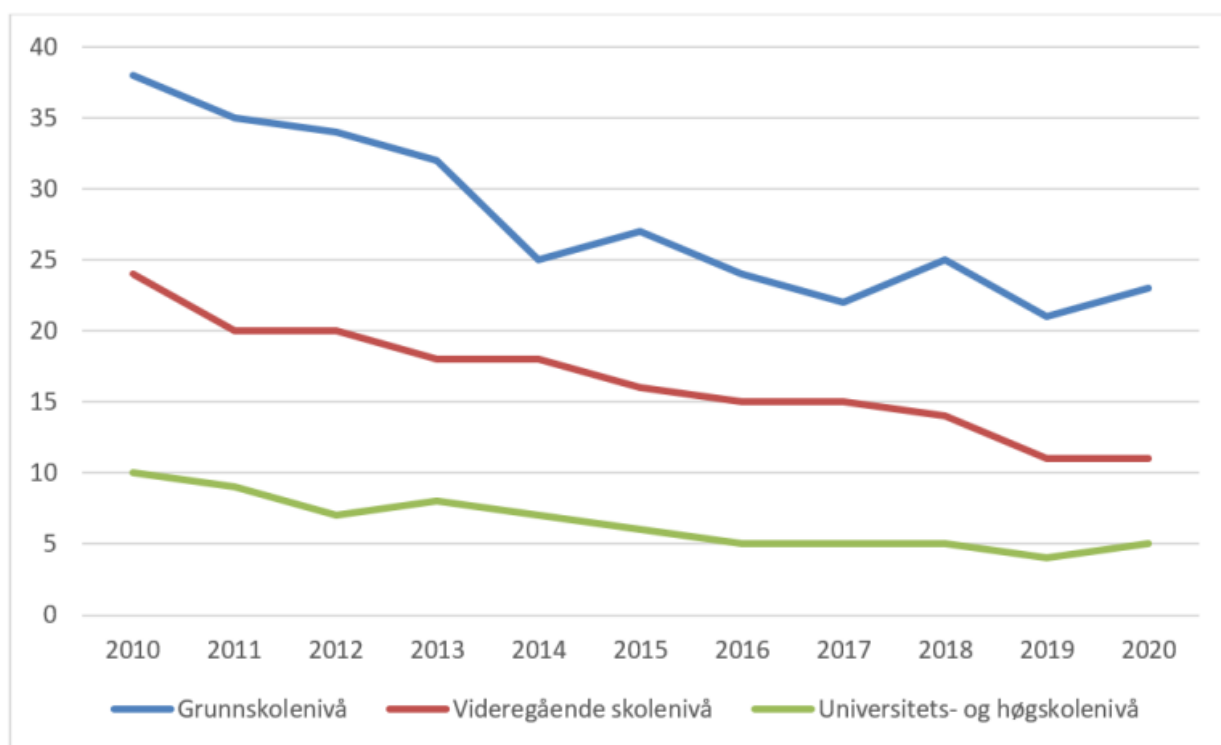
Indikatorer:

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

Det globale NCD-målet vedtatt av WHO i 2011 er å redusere tobakksbruken med 30 prosent innen 2025. Siden 2011 har andelen røykere i den norske befolkningen (daglig og av og til) gått ned fra 28 til 17 prosent i 2020, og målet er allerede nådd. Når det gjelder snusbruk, har imidlertid utviklingen vært negativ. Fra 2011 til 2020 har andelen snusbrukere (daglig og av og til) økt fra 13 til 17 prosent. Skal målet om 30 prosent reduksjon i snusbruk nås, må man ned til 9 prosent.

4.3.1. Røyking og sosial ulikhet i den voksne delen av befolkningen

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



Figur 4-4: Andel som røyker daglig (25-74 år), etter utdanning. 2010-2020. Prosent. Kilde: SSB

Det knytter seg spenning til hvordan covid-19-pandemien vil påvirke tobakksbruken i Norge.

Reiserestriksjonene har medført full stans i taxfree- og grensehandel, noe som for mange betyr økte priser på tobakksvarer. Samtidig kan for eksempel hjemmekontor og mindre mobilitet innebære færre restriksjoner i røykeatferd. Kommende undersøkelser vil avdekke hvordan pandemien slår ut, men det er ikke tilstrekkelig materiale tilgjengelig ennå.

4.3.2. Tobakksbruk blant ungdom

De siste ti årene har utviklingen i ungdoms røykevaner vært nokså stabil og ligget på samme lave nivå hele tiden. Blant ungdomsskoleelever har prosentandelen som røyker ukentlig eller daglig ligget jevnt på om lag 3 prosent hele perioden og gått ned til 1–2 prosent i 2021, uten noen nevneverdig forskjell på jenter og gutter. Andelen som snuser ukentlig eller daglig har gått noe ned fra 2011 til 2021. Blant gutter fra 8 til 4 prosent, og blant jenter fra 4 til 2 prosent. Dette viser tall fra Ungdata 2021²⁴.

Også i den litt eldre gruppen på videregående skole har snusbruken gått ned både blant gutter og jenter de siste årene. Dette indikerer at trenden i snusbruk der vi i mange år så en kraftig økning blant unge, kan være snudd.

4.3.3. Innsats for redusert tobakksbruk

En streng tobakkslovgivning som begrenser tilgjengeligheten til og bruken av tobakksvarer blir sett på som et egnet virkemiddel for å bidra til at færre røyker eller bruker snus, siden den treffer alle likt. Slike tiltak har et potensial for å redusere ulikhet i røyking²⁵.

Vi har i Norge innført røykeforbud innendørs, med unntak av i private hjem og i enkelte institusjoner. Vi har siden 2010 hatt et forbud mot synlig oppstilling av tobakksvarer i butikk. Tiltaket har betydning både for å forebygge røykestart og for å gjøre det lettere å forbli røykfri for de som prøver å slutte. Vi har videre praktisert et strengt reklameforbud i nærmere 50 år, og i 2018 ble det innført standardisert innpakning for sigaretter, rulletobakk og snus. Tobakksvarer har i tillegg EU-pålagte krav om helseadvarsel, og for røyketobakk gjelder et tilleggskrav om bildeadvarsel. Kravene til helseadvarsel er utvidet gjennom det seneste tobakksproduktdirektivet.

I 2018 ble det i Norge innført registreringsplikt for alle utsalgssteder for tobakk. Ordningen skal blant annet bidra til å forenkle kommunens tilsyn med aldersgrensen på 18 år.

Pris- og avgiftspolitikkk på tobakk

Pris er et viktig virkemiddel for å påvirke sunne valg. Det har lenge vært et vedtatt politisk mål å opprettholde prisnivået på alkohol og tobakk. Høyere priser påvirker konsumet og innebærer mindre problemer som følger av konsumet, også når det gjelder tobakk.

Indikator:

- Utvikling av konsumprisindeksen på tobakk

I løpet av de siste 20 årene viser utviklingen at konsumprisindeksen for tobakksvarer har steget vesentlig mer enn konsumprisindeksen totalt. Se figur 4-3 som viser utviklingen av konsumprisindeksen på en del varer.

Kommunikasjons- og kampanjetiltak

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

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

Røykeslutttiltak

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

²⁴ Ungdata. Nasjonale resultater 2021, NOVA Rapport 8/21. Oslo: NOVA

²⁵ [Sosial ulikhet i helse en norsk kunnskapsoversikt Hovedrapport \(oslomet.no\)](#)

4.4

Alkoholbruk

Alkohol har store negative konsekvenser for samfunnet og forårsaker betydelige helsemessige skader. Både tidligere og nyere forskning viser at omfanget av alkoholrelaterte skader i befolkningen henger sammen både med det samlede alkoholkonsumet i befolkningen og med drikkemønsteret²⁶. Risikoen for alkoholrelaterte skader og problemer er høyest for dem med et høyt alkoholinntak og/eller hyppige beruselsesperioder. Sammenhengen mellom beruselse og skadevirkninger er særlig tydelig når det gjelder vold, trafikkskader og andre ulykker. For denne type skader kan størstedelen av skadeomfanget tilskrives dem med forholdsvis lavt/moderat forbruk, mens de som drikker ofte/daglig med moderat til høyt forbruk har størst risiko for alkoholrelatert sykdom.

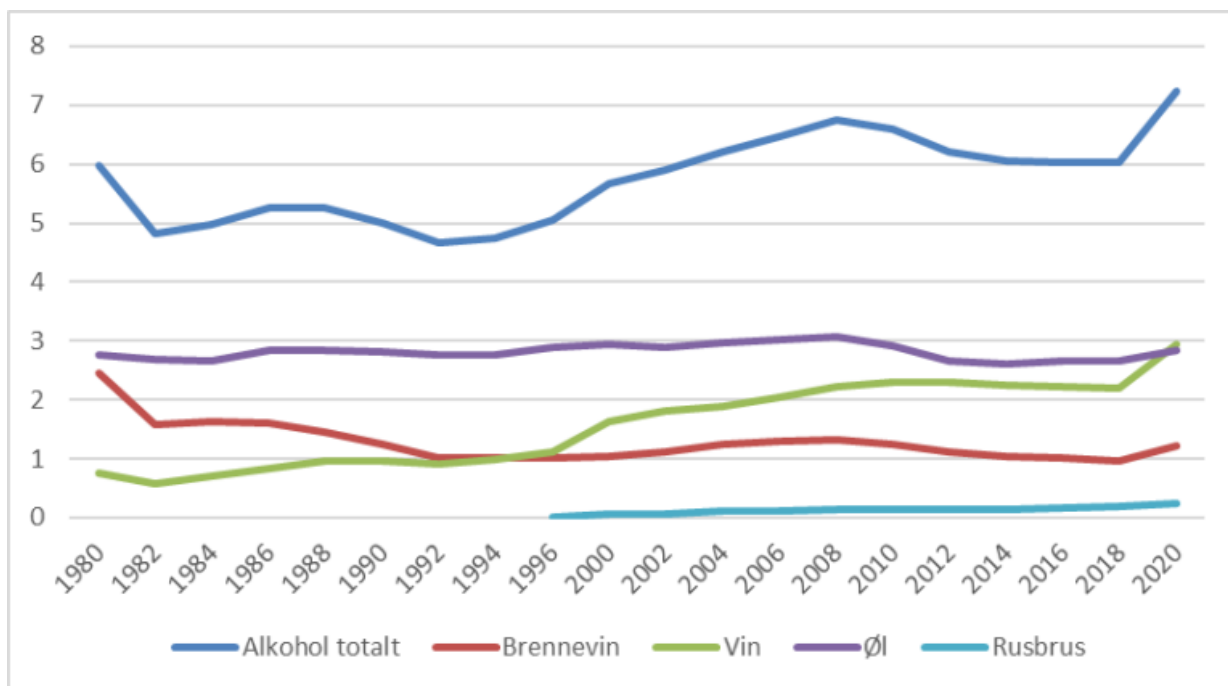
Det nasjonale målet er å begrense alkoholforbruket i befolkningen og å øke befolkningens kunnskap om sammenhengen mellom alkohol og helse. Med utgangspunkt i forbruket i 2010 er det et globalt NCD-mål å redusere skadelig alkoholbruk med 10 prosent innen 2025.

Indikatorer:

- 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 av ungdom i ungdomsskole og videregående som har vært tydelig beruset siste år etter kjønn

4.4.1 Omsetning av alkohol i Norge

Hvor mye alkohol som omsettes, gir oss et bilde av det gjennomsnittlige alkoholforbruket i samfunnet. Figur 4-5 viser årlig omsetning av alkohol per innbygger 15 år og eldre målt i liter ren alkohol, fordelt på øl, vin, brennevin og annen alkoholholdig drikke fra 1980 fram til og med 2020.



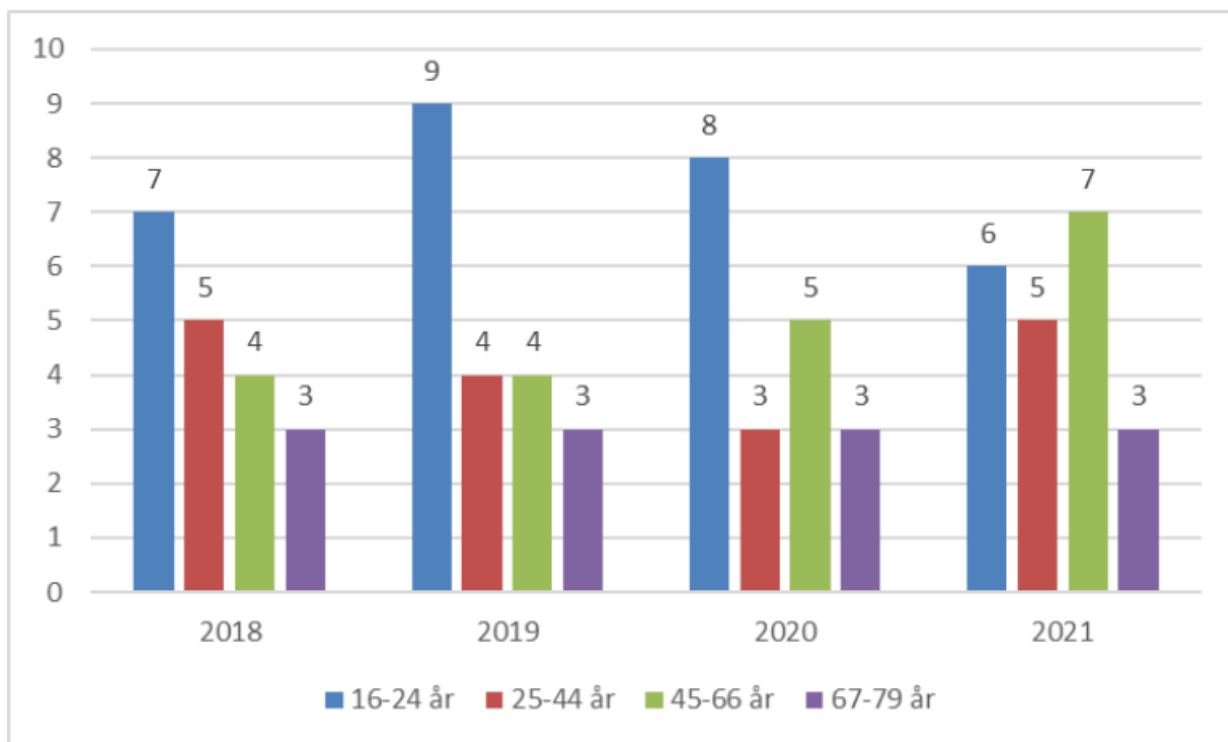
Figur 4-5 Årlig omsetning av alkohol per innbygger 15 år og eldre (liter ren alkohol, registrert omsetning) 1980 2020. Kilde: SSB tabell 4188

Totalomsetningen av alkohol per innbygger 15 år og eldre sank kraftig første halvdel av 1980-tallet og var relativt stabil fram til midten av 1990-tallet, mens det var en økning fram til 2008. Omsetningen økte fra 4,55 liter til 6,75 liter per innbygger i perioden 1993 til 2008 – en økning på hele 48 prosent. Dette kan langt på vei tilskrives økningen i omsetningen av vin, og særlig introduksjonen av vin i kartong (SIRUS, 2014). Etter 2008 sank omsetningen noe, men i 2020 har omsetningen steget til hele 7,23 liter ren alkohol per innbygger over 15 år.

I tillegg til omsetning på Vinmonopolet, dagligvarebutikker og serveringssteder, foregår det også lovlig avgiftsfri omsetning av alkohol på flyplasser og ferjer i forbindelse med utenlandstrafikk. Uregistrert omsetning, som grensehandel, privatimport og smugling, vil også påvirke det norske forbruket. Omsetningstallene over antas derfor å være noe lavere enn det samlede forbruket. Økningen i 2020 antas å ha sammenheng med koronasituasjonen i 2020 som medførte mindre reisevirksomhet og trafikk over grensen.

4.4.2 Drikkefrekvens og drikkemønster

For å få et helhetlig bilde av drikkemønster er det nødvendig med informasjon om både drikkefrekvens og beruselsesfrekvens. Data fra Levekårsundersøkelsen 2015 viser at personer i aldersgruppen 45-66 år har hyppigst drikkefrekvens. Figur 4-6 viser andeler som har drukket seks alkoholenheter eller flere ved samme anledning siste 12 måneder etter ulike aldersgrupper..



Figur 4-6 Andel som har drukket seks alkoholenheter eller flere ved samme anledning siste 12 måneder etter ulike aldersgrupper, personer 16 år og over, 2018-2021. Kilde: SSB tabell 12392 Folkehelseinstituttet har i samarbeid med Statistisk sentralbyrå gjennomført årlige befolkningsundersøkelser om bruk av rusmidler og tobakk siden 2012. Respondentene er spurt om

1. hvor ofte de har drukket og
2. hvor ofte de har drukket seks alkoholenheter eller flere ved en og samme anledning i løpet av siste 12 måneder.

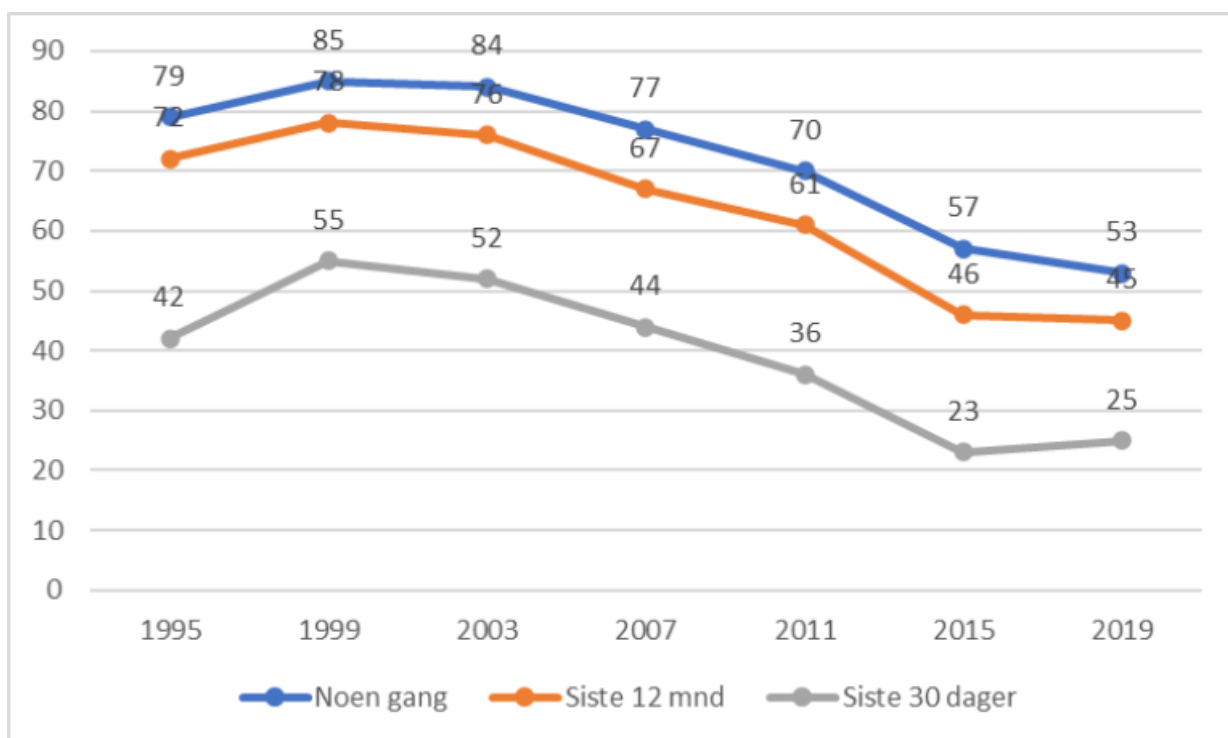
Av den siste undersøkelsen framgår det at 35 prosent har drukket alkohol ukentlig eller oftere og 6 prosent oppgir at de har drukket seks eller flere enheter ved samme anledning. Det å drikke mye ved samme anledning er ofte mer vanlig i de yngste aldersgruppene enn i de eldste. Ifølge figur 4-6 ser drikkevanene ut til å være noe endret i 2021. For aldersgruppen 16-21 år har andelen som oppga å ha drukket seks eller flere enheter ved samme anledning sunket fra 8 prosent i 2020 til 6 prosent i 2021. For aldersgruppene 25-44 år og 45-66 år økte andelen som drakk tilsvarende mye ved samme anledning fra henholdsvis tre til seks prosent og fra fem til sju prosent. For de over 67 år er det ingen endring. Endringen i 2021 er sannsynligvis en effekt av pandemien med færre sosiale treff og stengte utesteder som har medført redusert alkoholbruk blant de yngste, mens de eldre aldersgruppene i større grad ser ut til å drikke alkohol hjemme (se også avsnitt 4.4.3).

Videre viser tallene at menn drikker mer, oftere og mer risikofylt enn kvinner og at eldre drikker oftere enn yngre, men de har et mindre risikofylt drikkemønster. Høyt utdannings-nivå og inntekt er forbundet med høyere drikkefrekvens, men lavere omfang av risikofylt drikking. Rapporten viser også at tre av fire (av de som drikker alkohol) kun drikker i helgene.

4.4.3. Ungdom og alkohol

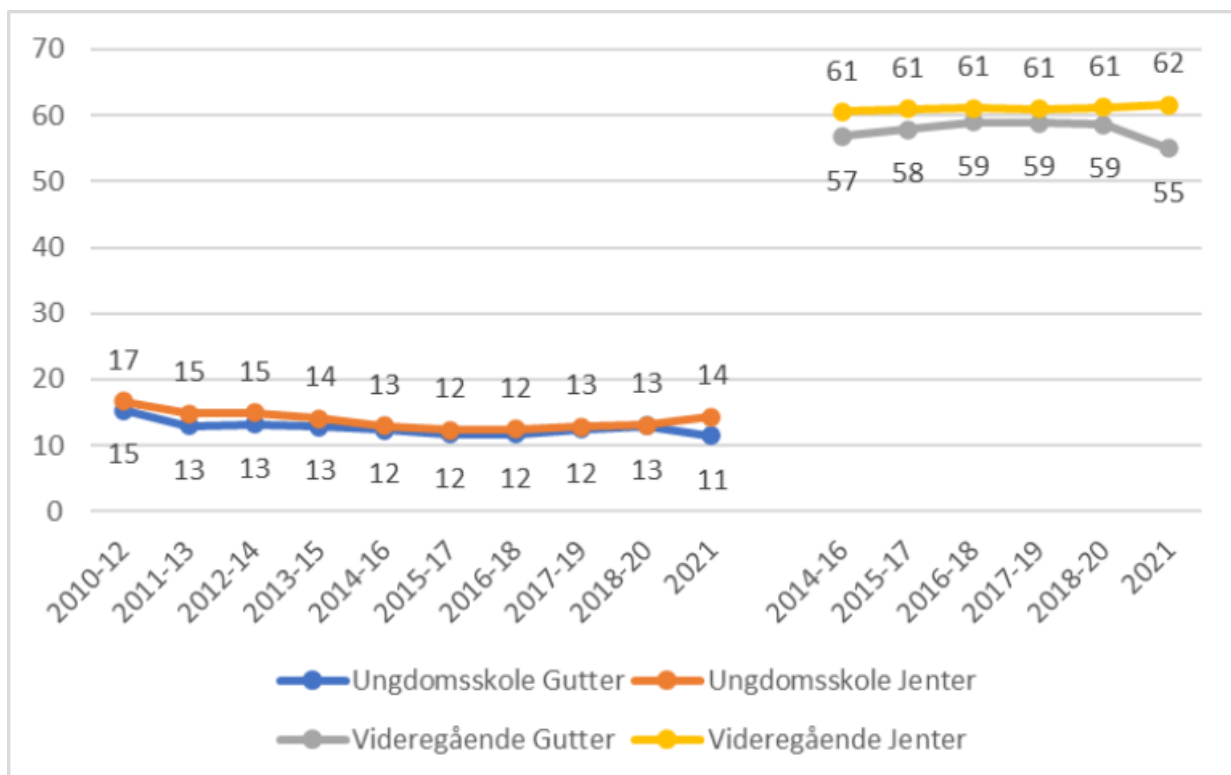
Ungdoms konsum og drikkemønster kartlegges i hovedsak gjennom spørreundersøkelser. European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)²⁷ er en stor europeisk skoleundersøkelse som er gjennomført jevnlig fra 1995 til 2019 blant 15-16 åringer. Tallene for norsk ungdom, vist i figur 4-7, viser at et klart flertall av 15-16 åringene oppgir å ha drukket alkohol noen gang i alle undersøkelsesårene.

Ser vi på utvikling over tid, finner vi at det var en liten økning i andel som oppgir å ha drukket alkohol fra 1995 til 1999/2003, mens det så har vært en klar nedgang fram mot 2015, som ser ut til å ha flatet ut mot 2019. Dette gjelder for alle kategoriene av drikkefrekvens. Tallene viser midlertid ikke hvor mye de har drukket. Ser vi på andelen som oppgir å ha drukket i løpet av de siste 30 dagene, er denne klart lavere enn andelen som oppgir å ha drukket noen gang og i løpet av de siste 12 månedene.



Figur 4-7 Andel 15-16 åringer som har drukket alkohol noen gang, siste 12 måneder og siste 30 dager 1995 - 2019. Kilde: FHI/Alkohol i Norge

Det er jevnt over liten eller ingen forskjell mellom gutter og jenter når det gjelder andel som har drukket. Beruselsesdrikking øker med økende alder (fig. 4-8). 8,6 prosent av de norske ungdommene oppgir å ha vært beruset i løpet av de siste 30 dagene. Dette er noe under gjennomsnittet for alle de deltakende landene i undersøkelsen. Gjennomsnittlig beruselsesdrikking for alle landene i undersøkelsen er på 13 prosent. (ESPAD 2019).



Figur 4-8 Andelen av ungdom i ungdomsskole og videregående som har vært tydelig beruset siste år etter kjønn, 2010 til 2021²⁸. Kilde: Ungdata 2021, NOVA

Alkohol og ungdom, kort oppsummert:

- Den nedadgående trenden i alkoholbruk blant ungdom etter årtusenskiftet har flatet ut i perioden 2015-2019.
- Om lag 50 prosent av norske 15-16-åringer har drukket alkohol det siste året, og en av fem svarte at de har vært fulle.
- Det har vært en nedgang også i antall ganger ungdom oppga å drikke og i antall ganger de hadde drukket mye ved samme drikkesituasjon.
- Det er generelt små forskjeller i alkoholbruk mellom jenter og gutter.
- Sammenliknet med Europa for øvrig, er andelen norske 15-16-åringer som drikker alkohol lav.

4.4.4. Konsekvenser av pandemien

Da Norge «stengte ned» i de første månedene av COVID-19-pandemien, var det mange som endret alkoholkonsumet sitt²⁹. Nesten 1 av 3 (29,9 prosent) rapporterte at de drakk mindre, mens nesten 1 av 6 (13,3 prosent) rapporterte at de drakk mer. Kvinner, yngre og de som var bosatt i Oslo rapporterte oftere at de hadde endret alkoholkonsumet sitt og drukket enten mer eller mindre enn tidligere.

De som hadde et lavt konsum før pandemien, var mer tilbøyelige til å drikke mindre, mens de som hadde et høyt konsum før pandemien, var de som oftest rapporterte at de drakk mer under pandemien. De vanligste årsakene til å drikke mindre var mindre samvær med venner og sjeldnere besøk på restaurant, bar, eller kafe. Viktige grunner som ble oppgitt til å drikke mer var behov for å unne seg selv noe godt og færre praktiske konsekvenser av å drikke mer.

4.4.5. Tiltak for å redusere alkoholbruk

Høye priser på alkohol og begrensninger i tilgjengeligheten er regnet som de mest effektive tiltakene for å dempe alkoholforbruket i befolkningen og derved omfanget av de alkoholrelaterte skadene³⁰.

Begrensninger i tilgjengeligheten omfatter blant annet regulering av antall salgs- og skjenkesteder og salgs- og skjenketider.

Også aldersgrenser for kjøp av alkohol er et effektivt virkemiddel.

Et statlig monopol for omsetning av alkohol, slik vi har i Norge, innebærer også en betydelig begrensning i tilgjengeligheten av alkohol.

I Nasjonal alkoholstrategi (2021-2025) som ble lansert våren 2021, vises det til et globalt mål om reduksjon i skadelig alkoholbruk, og det fremgår at Norge er forpliktet til å følge opp dette målet:

«Verdens helseorganisasjon (WHO) har gjennom handlingsplan for forebygging og begrensning av ikke-smittsomme sykdommer (noncommunicable diseases, NCD) vedtatt et globalt mål om reduksjon i skadelig bruk av alkohol med minst 10 prosent innen 2025 sammenliknet med 2010. Norge har forpliktet seg til å følge opp dette målet.»

Pris- og avgiftspolitikken på alkohol

Pris er et viktig virkemiddel for å påvirke sunne valg. Det har lenge vært et vedtatt politisk mål å opprettholde prisnivået på alkohol og tobakk. Høyere priser påvirker konsumet og innebærer mindre problemer som følger av konsumet, spesielt når det gjelder alkohol³¹.

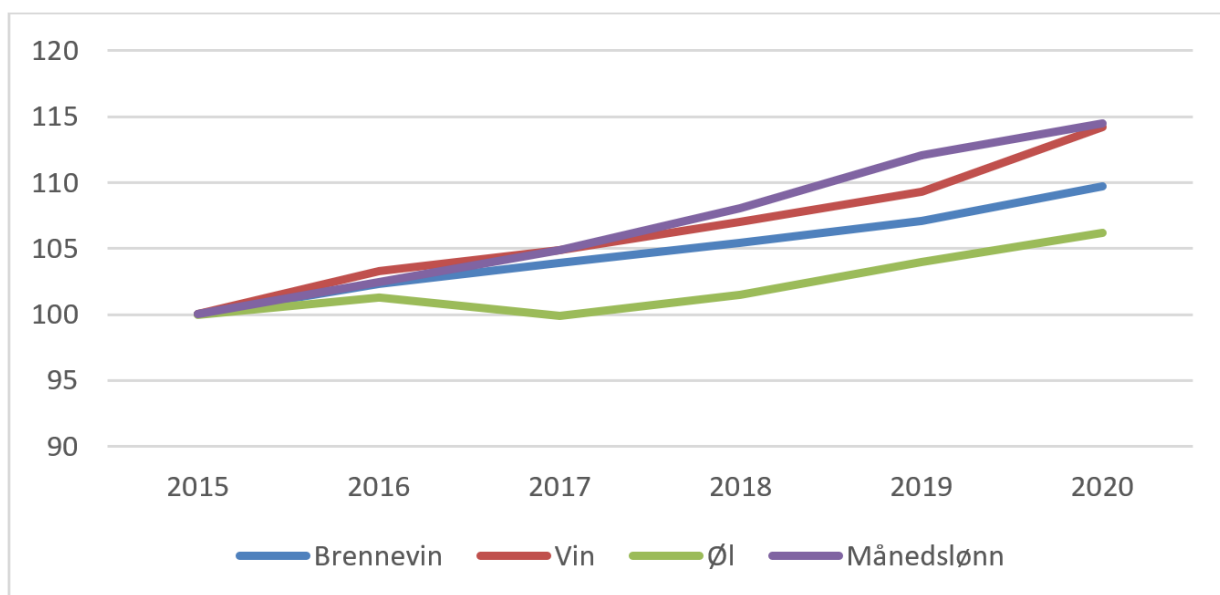
Indikatorer:

- Utvikling av konsumprisindeksen på alkohol
- Forholdet mellom lønnsutvikling og alkohol

Se figur 4-3 som viser utviklingen av konsumprisindeksen på en del varer, deriblant alkohol.

Forholdet mellom lønnsutvikling og alkohol

Figur 4-9 viser forholdet mellom prisutviklingen for alkoholholdig drikke og gjennomsnittlig lønn per normalårsverk for lønnstakere. Indeksen viser hvordan prisene har utviklet seg i forhold til folks kjøpekraft fra 2015 til og med 2020. Sett i forhold til lønnsutviklingen fra 2015, har prisene på alkoholholdige varer blitt noe rimeligere.



Figur 4-9 Konsumprisindeks for alkohol og indeks for lønnsutviklingen 2015 – 2020. (2015=0) Kilde SSB tabell 11418 og 03014

Konklusjonen på tvers av en rekke studier er at alkoholkonsumet kan forventes å øke som et resultat av økt inntekt, på samme måte som andre varer³². Høyere priser betyr lavere konsum og mindre problemer som følge av konsumet, også når det gjelder alkohol.

Ved å øke prisen på en vare, kan vi forvente at etterspørselen og konsumet av varen går ned, og vice versa: går prisen ned, forventer vi at etterspørselen og konsumet vil gå opp. Disse forventningene er under forutsetning av at andre forhold som har betydning for etterspørselen, er uendret. En slik sammenheng mellom pris og etterspørsel er tuftet på standard økonomisk teori og antas å være allmenngyldig for alle normale varer og tjenester. Sammenhengen er også godt dokumentert på alkoholfeltet; en omfattende internasjonal forskningslitteratur viser at økte alkoholpriser er forbundet med redusert konsum i befolkningen, og prisnedgang forbundet med økt konsum. Også studier fra Norge har vist en slik sammenheng.

Ettersom det er en nær sammenheng mellom alkoholkonsumet i en befolkning og omfanget av sykdommer og skader som kan tilskrives alkoholbruk, er det også rimelig at prisendringer på alkohol har betydning for folkehelsen. Regulering av alkoholpriser regnes som ett av de mest effektive tiltakene for å begrense alkoholkonsumet og dermed også forebygge alkoholrelaterte helsemessige og sosiale skader i befolkningen³³.

Tilgjengelighetsbegrensning – bevillingsordningen

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

Indikator:

- Antall skjenkesteder 1981–2020

Tabell 4-1 viser at i perioden fra 1980 og fram til 2019 har det totale antallet skjenkesteder med kommunal bevilling mer enn tredoblet seg, fra 2 493 i 1980 til 8 046 i 2019.

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

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

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 har hatt en gradvis nedgang de siste 20-25 årene. Den geografiske tilgjengeligheten har likevel økt, da det fra 2003 har vært mulig å kjøpe alkohol i gruppe 1 i alle landets kommuner. I 1980 var dette kun mulig i ca. halvparten av landets kommuner.

Det er den enkelte kommune som gir bevilling til AS Vinmonopolet om å etablere utsalgsted etter søknad. Fra 1998 til utgangen av 2020 har antallet Vinmonopolutsalg økt fra 120 til 337 på landsbasis. Det har vært en økning i alle fylker.

Kommunene har selv ansvar for å kontrollere de salgs- og skjenkebevillingene de har utstedt (Jf. Alkoholoven § 1-9). Hvert sted skal kontrolleres minst en gang i året og det skal gjennomføres minst tre ganger så mange kontroller som det er salgs- og skjenkesteder i kommunen. I følge den årlige kommuneundersøkelsen gjennomført av Folkehelseinstituttet, som gir en oversikt over kontrollene i de største kommunene, framkommer det at disse stort sett overholder pålegget om minst tre årlige kontroller per bevilling. Det er et mindretall av kommunene som rapporterer at kontrollene har avdekket overtredelser.

Hvorvidt det reageres på en overtredelse (brudd på alkoholoven), er langt på vei avhengig av kommunens vurdering av alvorlighetsgrad. I januar 2016 ble det innført et nasjonalt prikkssystem som skal sikre at brudd på alkoholoven blir sanksjonert på samme måte i alle kommuner. Tabell 4-1 gir en oversikt over antall skjenkesteder og antall avdekkede brudd på alkoholoven i årene før (2013-2015) og etter (2016-2019) innføring av prikkssystemet.

Tabell 4-1 Antall avdekkede brudd på alkoholoven på steder med skjenkebevillinger i årene 2013-2019

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Antall overtredelser	1131	1164	1014	1320	1708	1381	1358
Antall kommuner med overtredelser	161	169	161	183	175	166	165
Antall skjenkesteder	7399	7482	7589	7630	7798	7967	8046
N*	391	395	408	392	393	406	410

*Antall kommuner som besvarte dette spørsmålet

Kilde: FHI

Rusforebygging i arbeidslivet

En rusmiddelpolicy er et effektivt verktøy for å forebygge risikofylt rusmiddelbruk blant arbeidstakere³⁴, og regulering av alkoholbruk i jobbsammenheng har stor oppslutning blant norske arbeidstakere. En befolkningsundersøkelse gjennomført av Folkehelseinstituttet viser at mer enn 9 av 10 ønsker retningslinjer for alkoholbruk i arbeidstiden, og nær 7 av 10 ønsker retningslinjer for alkoholbruk i jobbrelevante situasjoner utenom ordinær arbeidstid. Om lag 8 av 10 mener at arbeidsplassen bør ha ordninger for ansatte med problemer knyttet til alkoholbruk³⁵.

I en nyere rapport fra Folkehelseinstituttet ble mulige bransjeforskjeller i holdninger og kjennskap til retningslinjer for alkoholbruk undersøkt³⁶. Oppslutningen om retningslinjer var stor også på tvers av bransjer. Andelen som mente man burde ha retningslinjer for alkoholbruk i arbeidstiden varierte mellom 91 prosent og 100 prosent i 21 bransjer mens andelen som ønsket retningslinjer for alkoholbruk utenom ordinær arbeidstid varierte mellom 59 prosent og 79 prosent. Det var mellom 71 prosent og 92 prosent som mente arbeidsplassen burde ha ordninger for ansatte med problemer knyttet til alkoholbruk. Derimot var andelen som kjente til retningslinjer for alkoholbruk på arbeidsplassen betydelig lavere, med et gjennomsnitt på 32 prosent. Andelen som hadde kjennskap til retningslinjene varierte mellom 21 prosent og 51 prosent i de ulike bransjene.

Helsedirektoratet utviklet i 2017 faglige råd for rusmiddelforebygging i offentlig sektor, Rusoff-rådene. Rådene gir veiledning om hvordan etablere, utvikle og følge opp en rusmiddelpolicy på arbeidsplassen gjennom arbeidet med helse- miljø- og sikkerhet (HMS). Rusoff er spesielt tilpasset arbeidsplasser i offentlig sektor, men kan også benyttes av andre sektorer. Det anbefales at alle virksomheter utvikler retningslinjer for alkoholbruk og annen rusmiddelbruk i jobbrelevante situasjoner, og samtidig lager rutiner for hvordan eventuelle negative konsekvenser av rusmiddelbruk kan håndteres. Retningslinjene bør ha et forebyggende fokus og gjelde alle ansatte, men også inneholde rutiner for håndtering av ansatte med rusmiddelproblemer. I tillegg anbefales det å utvikle tiltak for å fange opp ansatte som står i fare for å utvikle et risikofylt alkoholkonsum eller som har andre rusmiddelproblemer.

I Nasjonal alkoholstrategi (2021-2025) er arbeidslivet fremhevet som en viktig arena for forebygging av skadelig alkoholbruk. En beskrivelse av hvordan det skal arbeides med alkoholforebygging i arbeidslivet er skissert i kapittel 6.3 (s. 59):

«Regjeringen vil etablere et samarbeid med arbeidslivets parter om bevissthet rundt holdninger til alkoholbruk i arbeidslivet og verdien av alkoholfrie arenaer. Formålet er å sette konkrete mål for et styrket og forpliktende samarbeid om partenes alkoholforebygging i arbeids-livet og å styrke arbeidslivets kunnskap om og bruk av effektive, forebyggende virkemidler».

For å følge opp denne delen av arbeidet med strategien, vil Folkehelseinstituttet undersøke mulige endringer i holdninger til alkoholbruk i norsk arbeidsliv, samt mulige endringer i holdninger til (oppslutningen om) alkoholfrie arenaer. Folkehelseinstituttet vil også undersøke mulige endringer i holdninger og kjennskap til retningslinjer for alkoholbruk blant norske arbeidstakere.

Om lag 70 prosent av befolkningen i Norge er sysselsatt. Det betyr at forebyggende tiltak i arbeidslivet kan nå ut til majoriteten av den voksne befolkningen. For å vite hva som er hensiktsmessige forebyggingsstrategier i arbeidslivet, og for å undersøke om Norge lykkes med sin målsetning om å redusere skadelig alkoholbruk innen 2025, vil Folkehelseinstituttet undersøke utbredelse av og mulige endringer i tre ulike indikatorer på skadelig alkoholbruk med data fra spørreskjema (2015-2025): (i) risikofylt alkoholbruk blant arbeidstakere målt ved hjelp av AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), (ii) nedsatt produktivitet som følge av alkoholbruk og (iii) tredjepartsskader/sosiale konsekvenser av alkoholbruk.

- ²⁶ Rossow, Ingeborg; Mäkelä, Pia. Public health thinking around alcohol-related harm: why does per capita consumption matter?. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 2021, 82.1: 9-17
- ²⁷ [ESPAD report 2019. Additional tables](#)
- ²⁸ Tallene vise til et gjennomsnitt av undersøkelser gjennomført i en treårs-periode. Da 2021 var et spesielt år er disse tallene publisert kun for undersøkelser gjennomført dette året, da resultatene ville bli vanskelig å tolke dersom de ble slått sammen med tall fra foregående år (NOVA 2021)
- ²⁹ Bramness J, G, Bye E, K, Moan I, S, Rossow I: Alcohol Use during the COVID-19 Pandemic: Self-Reported Changes and Motives for Change. *Eur Addict Res* 2021. doi: 10.1159/000515102 <https://www.karger.com/Article/Abstract/515102>
- ³⁰ [WHO_Appendix_BestBuys_LS.indd](#) (råd fra WHO).
- ³¹ FHI (2020, 21.desember) Priser og avgifter på alkohol. <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/forebyggende-tiltak/priser-og-avgifter-pa-alkohol/>
- ³² [Sosial ulikhet i alkoholbruk og alkoholrelatert sykelighet og dødelighet.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)
- ³³ [Priser og avgifter på alkohol - FHI](#) (ibid note 31)
- ³⁴ [Frøyland, Kjetil](#) (2014). Arbeidsliv, rusmiddelbruk og forebygging - tendenser og funn i nyere forskning. Sagvaag, Hildegunn; Sikveland, Bente (Red.). Alkohol + arbeidsliv = sant? En vitenskapelig antologi. Kapittel 2. Gyldendal Akademisk.
- ³⁵ Moan og Halkjelsvik, 2016 [Microsoft Word - Alkohol og arbeidsliv_310516.docx \(fhi.no\)](#)
- ³⁶ Moan, I. S., & Halkjelsvik, T. (2019). Alkohol og arbeidsliv II. Bruk, konsekvenser og retningslinjer ved ulike typer arbeidsplasser i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet. Rapport mars 2019. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2019/alkohol-og-arbeidsliv-ii-rapport-2019.pdf>

4.5

Fysisk aktivitet

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

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

Helsedirektoratet anbefaler at barn og unge er i minst 60 minutter i daglig variert fysisk aktivitet av minst moderat intensitet, slik at barna blir litt andpustne. Voksne og eldre bør være fysisk aktive i minimum 150 minutter med moderat intensitet (f.eks. rask gange) eller 75 minutter høy intensitet (f.eks. løping) per uke. Det er et nasjonalt mål å øke andelen som kjenner til og oppfyller anbefalingene om fysisk aktivitet. NCD-målet er 10 prosent reduksjon i fysisk inaktivitet fra 2012 til 2025.

Indikatorer:

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

Objektivt målt fysisk aktivitet viste at andelen voksne som oppfylte gjeldende minimumsanbefaling økte fra 28 prosent til 32 prosent i perioden 2008/2009 til 2014/2015. Stillesitting målt med aktivitetsmåler viser at voksne og eldre bruker ca. 63 prosent av våken tid i ro³⁷.

Det er nylig gjennomført en ny objektiv aktivitetsmåling, men for voksne og eldre er ikke tallene tilgjengelige ennå. Rapporten vil bli oppdatert med nye tall når tallene er tilgjengelige.

Aktivitetsnivået blant barn og unge som er registrert med aktivitetsmåler har stort sett vært stabilt i perioden fra 2005 til 2018. Det er små endringer i andelen som ikke oppfyller anbefalingene. Unntaket finner vi blant 9-årige gutter, hvor andelen som ikke tilfredsstillers anbefalingen har økt med seks prosentpoeng fra 2005 til 2018. Dette gjenspeiles i at 9-årige gutter i gjennomsnitt tilbringer 10 minutter mindre i moderat til hard fysisk aktivitet per dag i dag sammenlignet med i 2005³⁸. Denne nedgangen i aktivitetsnivå er urovekkende. En generell økning på 10 minutter moderat til hard fysisk aktivitet per dag hos alle 9- og 15-åringer, ville redusere andelen inaktive med 15-20 prosent.

4.5.1. Andelen voksne som oppfyller de nasjonale anbefalinger om daglig fysisk aktivitet i befolkningen, etter utdanningsnivå, ved objektivt målt fysisk aktivitet

Objektive målinger av fysisk aktivitet viser at en tredjedel av alle voksne kvinner og menn oppfyller nasjonale anbefaling om fysisk aktivitet. Tabell 4-2 viser at menn med grunnskole eller videregående skole og kvinner med grunnskole som høyeste fullførte utdanning, er mindre aktive enn menn og kvinner i de øvrige utdanningsgruppene. Tallene her blir oppdatert når nye tall foreligger³⁹.

Tabell 4-2 Andelen som oppfyller anbefalingene etter høyeste utførte utdanning, totalt og etter kjønn (n=3020)

Utdanning	Kvinner	Menn	Totalt
Grunnskole	25	19	22
Videregående	34	22	29
Universitet/høyskole < år	34	34	34
Universitet/høyskole > år	38	40	39

Kilde: Helsedirektoratet 2015

4.5.2. Andel gutter og jenter som tilfredsstill anbefalingene for fysisk aktivitet

Objektivt målt fysisk aktivitet blant 6-åringene viser at det er 87 prosent av jentene og 94 prosent av guttene som tilfredsstill anbefalingen om 60 minutters daglig moderat fysisk aktivitet. Blant 9-åringene er det 64 prosent av jentene og 81 prosent av guttene som tilfredsstill anbefalingen. Tilsvarende tall blant 15-årige jenter og gutter er 40 prosent og 51 prosent. I alle aldersgrupper er det flere gutter enn jenter som tilfredsstill anbefalingen for fysisk aktivitet⁴⁰.

4.5.3. Tid i ro og andel av våken tid som brukes i ro, etter kjønn og alder, objektivt målt

6-åringene bruker om lag 400 minutter daglig på rolige sysler. 6-åringene er dermed mer aktive enn både 9-åringene og 15-åringene. 9-åringene tilbringer 450 minutter i ro pr dag, mens 15-åringene er rolige i 550 minutter per dag⁴¹.

4.5.4. Moderat fysisk aktive mer enn 60 minutter per dag blant 6-, 9- og 15-åringer etter sosioøkonomisk status, objektivt målt fysisk aktivitet

Tabell 4-3 beskriver andelen som oppfyller anbefalingene for fysisk aktivitet tilsvarende minst 60 minutter med moderat intensitet blant gutter og jenter fordelt etter sosioøkonomisk status. Sosialøkonomisk status (SØS) defineres utfra foreldrenes høyeste utdanning, hvor lav SØS er grunnskole og videregående skole, og høy SØS er høgskole/universitet. Av figuren kan det se ut som utdanningsnivå blant foreldrene har en viss sammenheng med barns oppfyllelse av anbefalingene om fysisk aktivitet. Bildet er sammensatt og det er viktig å følge disse trendene spesielt blant eldre barn og ungdom da det ser ut som om effekten av sosioøkonomisk status øker med høyere alder.

Tabell 4-3 Andelen som tilfredsstill anbefalingen for fysisk aktivitet blant 6-, 9- og 15-åringer kategorisert etter foreldrenes sosiale posisjon* (n=2491)

	6-åringer		9-åringer		15-åringer	
	Lav	Høy	Lav	Høy	Lav	Høy
Andelen som oppfyller råd om 60 minutters daglig fysisk aktivitet	90	89	72	74	41	48

Kilde: Steene-Johannessen J. og medarbeidere 2019.

*I undersøkelsen mangler informasjon om utdannelsen til foresatte for en relativt stor andel av utvalget, kategoriseringen av sosial posisjon er redusert fra tre til to kategorier ved å slå sammen alle deltakere med foreldre som har grunnskole og videregående skole som høyeste fullførte utdanning.

4.5.5. Effekter av covid-19

Covid-19-pandemien og tiltakene som ble innført i den forbindelse, fikk konsekvenser for mobiliteten. Med utgangspunkt i reisevaneundersøkelsene fra 2018, gjennomføres drøyt 1/3 av alle de daglige reisene enten til fots, med sykkel eller med kollektivtransport⁴². Kollektivtransporten starter eller avsluttes ofte med en kort gå- eller sykkelstur. Dette innebærer at det daglig gjennom hele året i gjennomsnitt gjennomføres over 5 millioner reiser til fots, på sykkel eller til og fra kollektivtransport. I 2020 ble det rapportert at mobiliteten ble kraftig redusert i perioder.

Pandemien har fått konsekvenser for aktivitet på idrett og treningssentre, som delvis har vært redusert eller stengt i perioder. Andre funn tyder på at friluftsliv i nærområdet har blitt mer populært⁴³. Norsk institutt for naturforskning (NINA) har analysert mobilitetsdata fra en treningsapp og har bl.a. sett at det i forbindelse med pandemien var økt aktivitet i Oslos nærområder i 2020 sammenlignet med 2019⁴⁴.

³⁷ Helsedirektoratet (2015). Fysisk aktivitet og sedat tid blant voksne og eldre i Norge – Nasjonal kartlegging 2014-2015. IS-2367

³⁸ Steene-Johannessen J et.al. Norges Idrettshøgskole og FHI 2019 [ungkan3_rapport_final_27.02.19.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/bilder/rapporter-og-trykksaker/2019/ungkan3_rapport_final_27.02.19.pdf) ([fhi.no](https://www.fhi.no))

³⁹ Ny oppdatering forventet første kvartal 2022

⁴⁰ Steene-Johannessen J. og medarbeidere (2019) Nasjonalt overvåkingssystem for fysisk aktivitet og fysisk form Kartlegging av fysisk aktivitet, sedat tid og fysisk form blant barn og unge 2018 (ungKan3), Norges idrettshøgskole.
https://www.fhi.no/globalassets/bilder/rapporter-og-trykksaker/2019/ungkan3_rapport_final_27.02.19.pdf

⁴¹ Ibid

⁴² Statens vegvesen (2019) Nasjonal Reisevaneundersøkelse 2018, hovedrapport revidert.
<https://www.vegvesen.no/fag/fokusomrader/nasjonal-transportplan/den-nasjonale-reisevaneundersokelsen/>

⁴³ Venter Z. og medarbeidere: [Urban nature in a time of crisis: recreational use of green space increases during the COVID-19 outbreak in Oslo, Norway](https://arxiv.org/abs/2007.00000), SocArXiv, 2020. Doi:10.31235/osf.io/kbdum

⁴⁴ Barton, D.N., Gundersen, V., Venter, Z.S. (2021) Bruk av stordata i arbeidet med å tilrettelegge for fysisk aktivitet - Kunnskapsstatus og forslag til anvendelse i Norge. NINA Rapport 1937. Norsk institutt for naturforskning. Nettdokument:
<https://brage.nina.no/nina-xmlui/bitstream/handle/11250/2722733/ninarapport1937.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

4.6

Seksuell helse

I 2016 lanserte regjeringen for første gang en samlet strategi for seksuell helse. Strategien tydeliggjør betydningen av seksuell helse i folkehelsearbeidet og legger grunnlaget for en helhetlig innsats for å styrke denne dimensjonen av befolkningens helse. Seksuell helse er definert som fysisk, psykisk, emosjonelt og sosialt velvære relatert til seksualitet. Seksualitet omfatter blant annet vår kjønnsidentitet, seksuell orientering, erotikk, glede, intimitet og reproduksjon. God seksuell helse er en ressurs og

beskyttelsesfaktor som fremmer livskvalitet og mestringsferdigheter gjennom hele livet⁴⁵. I Norge har det hiv-forebyggende arbeidet i mange år vært en integrert del av arbeidet med seksuell helse. FNs bærekraftsmål 3.3 tar sikte på å stanse hiv/aidsepidemien innen 2030. Norge ser ut til allerede å ha nådd målet⁴⁶.

4.6.1. Sosial ulikhet i seksuell helse

Som for andre dimensjoner av helse, påvirkes den seksuelle helsen av sosiale og økonomiske faktorer, sosiale og kulturelle normer og tilgang på helsehjelp. Individuelle egenskaper som kjønn, seksuell orientering, utdanningsnivå og helsekompetanse virker også inn på seksuell atferd og helseutfall⁴⁷.

Vi mangler representative data på hvordan sosial ulikhet påvirker befolkningens seksuelle atferd og helseutfall, og det er derfor usikkert i hvilken grad den sosiale gradienten i seksuell helse som er dokumentert i utlandet også gjelder for Norge. Tilgjengelige registerdata og forskning peker i retning av at vi også har sosial ulikhet i seksuell helse i Norge. Epidemiologiske data viser at den norske hiv-epidemien i all hovedsak er konsentrert til migranter fra land med høy hiv-prevalens og menn som har sex med menn. Norsk forskning tyder på at kvinner med migrasjonsbakgrunn, som utsettes for vold i nære relasjoner, som sliter med psykiske plager eller står utenfor arbeidslivet har høyere sannsynlighet for å ta abort sammenlignet med kvinnepopulasjonen for øvrig. Det er også dokumentert at ungdom fra lavinntektsfamilier, som har nedsatt funksjonsevne eller psykiske helseplager er mer utsatt for seksualitet vold og overgrep. Tall fra Ungdata tyder på at jenter fra lavinntektsfamilier debuterer tidligere seksuelt, men datagrunnlaget er usikkert⁴⁸.

Indikatorer:

- Bruk av prevensjon
- Abortrater
- Antall HIV-smittede

4.6.2. Lett tilgang på moderne prevensjon

Lett tilgang på rimelig, moderne og sikker prevensjon er avgjørende for å forebygge uplanlagte svangerskap og abort. Fra 2002 har helsesykepleiere og jordmødre gradvis fått utvidet sin rett til å rekvirere prevensjon. Fra 1. januar 2022 kan disse yrkesgruppene rekvirere alle typer prevensjon uavhengig av alder. Gjennom statens bidragsordning for prevensjon får unge mellom 16 og 22 år økonomisk støtte til å dekke hele eller deler av kostnadene til prevensjon. Antallet personer som har fått et prevensjonsmiddel på resept har vært stabilt på om lag 400 000 personer per år i perioden 2016 til 2020⁴⁹. I samme periode har det vært en økning i antall personer som benytter seg av statens bidragsordning. Økningen må ses i sammenheng med at den bidragsberettigede populasjonen ble utvidet med to årskull, fra 20 til 22 år som øvre grense i denne perioden. I samme periode fortsette abortraten å synke, særlig blant de gruppene som mottar subsidiert prevensjon. I 2020 ble det gjennomført 9,2 svangerskapsavbrudd per 1 000 kvinner i fertil alder (15-49 år), ned fra 11,0 i 2016. For aldersgruppene 15-19 år og 20-24 år var abortraten per 1000 kvinner hhv. 4,4 og 13,6 i 2020 mot 7,4 og 19,0 i 2016⁵⁰.

4.6.3. Behandling som forebygging av hiv

Folkehelseinstituttet anslo i 2018 at det var under 500 personer som lever med hiv uten å kjenne til sin hiv-status i Norge, og at mørketallet er fallende. Behandling som forebygging (TasP) vil sannsynligvis være den største bidragsyteren til nedgangen i nye hivtilfeller fremover. I Norge starter pasienter med

nyoppdaget hivinfeksjon på antiretroviral behandling så raskt som mulig etter diagnosen er stilt, og 98 prosent av de som kjenner sin hiv-status står på behandling. Av disse har 96 prosent ikke påvisbart virus i blodet (virussupprimert). Trenden med fallende hiv-smitte som startet i 2008 har fortsatt frem mot 2020. Nedgangen er særlig stor blant norskfødte menn som har sex med menn (msm) og heteroseksuelt smittede innvandrere smittet før ankomst til Norge⁵¹.

4.6.4. Seksuell helse under pandemien

Koronahåndteringen ser ut til å ha gitt positive utslag på indikatorer for seksuell helse. Det var en tydelig nedgang i antall utførte aborter i perioden mai til november sammenlignet med samme periode i 2019⁵². Trenden med økende antall tilfeller av genital klamydia og gonorré de siste årene stoppet opp i 2020. Samtidig ble trenden med nedadgående påviste hiv-tilfeller forsterket i 2020. Det er sannsynlig at nedgangen i disse infeksjonene har sammenheng med kontaktreduserende tiltak i forbindelse med pandemihåndteringen. Økningen i antall syfilistilfeller som er observert blant msm siden slutten av 1990 tallet fortsetter på tross av koronatiltakene. Det er sannsynlig at koronasporingsarbeidet ha gitt helsetjenesten nyttige erfaringer som de kan dra nytte av i arbeidet for å forebygge seksuelt overførbare infeksjoner når smitteverntiltakene lettes.

⁴⁵ Helse- og omsorgsdepartementet (2016). Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022). Tilgjengelig fra www.regjeringen.no/

⁴⁶ Whittaker, R., Nilsen, Ø., Myrberg, A. J., Angeltvedt, R. M., Bergersen, B. M., & Kløvstad, H. (2020). Norge er i ferd med å stanse hivepidemien. Tidsskrift for Den norske legeförening. Tilgjengelig fra tidsskriftet.no/

⁴⁷ Ibid.

⁴⁸ Bakken, A., Frøyland, L.R. og Sletten, M.Aa. (2016). Sosiale forskjeller i unges liv. Hva sier Ungdata-undersøkelsene? Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA, Rapport 3/16

⁴⁹ Reseptregisteret 2021, FHI

⁵⁰ [Rapport om svangerskapsavbrot 2020 Register over svangerskapsavbrot \(Abortregisteret\) - FHI](#)

⁵¹ [Overvåkning av seksuelt overførbare infeksjoner. Årsrapport 2020 - FHI](#)

⁵² Ibid. Se note 50

Oppvekst

Barnehagedekningen i Norge er høy. For aldersgruppa 1-5 år var dekningsgraden i 2020 på 92,8 prosent. Økningen har vært størst blant 1-2 åringene. Her har andelen barn i barnehage økt fra 78,8 prosent i 2010 til 85,4 prosent i 2020. Andelen minoritetsspråklige barn i barnehage er lavere enn for øvrige barn. Forskjellene er blitt mindre de siste årene, men det er fremdeles relativt store forskjeller i den yngste aldersgruppen. Andelen ansatte med barnehagelærerutdanning har økt fra 39 prosent i 2016 til 43,1 prosent i 2020. Økningen i ansatte med relevant utdanning har kommet samtidig med en generell økning i antall ansatte i barnehagene.

Elevundersøkelsene viser at trivselen blant norske elever har holdt seg ganske stabil over tid. Trivselen er høy gjennom hele grunnskolen og videregående skole viser tall fra Ungdata rapport 2021¹. Men ikke alle barn og unge finner venner og opplever tilhørighet på skolen. Andelen som oppgir å ha blitt mobbet, avtar etter som elevene blir eldre, men det er en liten økning igjen på 9. trinn.

Skoleprestasjoner henger sammen med foreldrenes utdanningsnivå og dette mønsteret er rimelig stabilt. Svake prestasjoner i grunnskolen er en viktig enkeltforklaring for frafall i videregående opplæring. 79,6 prosent av elevene som begynte i videregående opplæring i 2014, fullførte innen 5/6 år. Fullføringsprosenten er lavere for elevene som begynte på yrkesfaglige utdanningsprogrammer enn studieforbereende utdanningsprogrammer.

Over tid har stadig flere barn og unge fått tiltak fra barnevernet, men de siste årene har antallet holdt seg relativt stabilt, og er noe redusert. De fleste som får hjelp av barnevernet, mottar hjelpetiltak i hjemmet. Hjelpetiltakene skal være med på å øke foreldrekompetansen, kompensere for mangler i omsorgen eller avlaste foreldrene.

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 og begår svært mange kriminelle forhold.

I perioden 2019 til 2020 har det vært en nedgang i konsultasjoner ved helsestasjonen samt en nedgang i antall hjemmebesøk gjennomført av jordmor etter fødsel.

¹ NOVA, OsloMet (2021). Ungdata 2021. Nasjonale resultater. NOVA rapport 8/21. [Ungdata 2021](#)

5.1

Oppvekst og helse

Å skape gode rammer for oppveksten og utviklingen til barn og unge er en av de viktigste oppgavene i samfunnet. Det å fremme god oppvekst er en oppgave som flere sektorer har ansvar for og må samarbeide om. En god oppvekst kan beskrives som en tilværelse preget av trygg og stabil tilknytning til omsorgspersoner, gode voksenmodeller og velfungerende barnehage, skole og nærmiljø. For at barn og unge skal oppleve mestring og bygge ressurser er det viktig å utvikle deres selvfølelse og egenverd, og spesielt følelsen av å kunne mestre hverdagslivets utfordringer og problemer.

De fleste norske barn har det bra og har gjennomgående god helse. Men for en del barn og unge påvirker dårlig familieøkonomi og svekkede materielle levekår deres hverdag og utvikling negativt².

Barn tilbringer mye tid i barnehagen og på skolen, noe som gjør disse til sentrale arenaer for barn og unges oppvekstmiljø. Barnehagen og skolen gir barn og unge kunnskap og ferdigheter de trenger til senere utdanning og deltakelse i samfunnslivet³.

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 konsekvenser⁴. 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 psykiske belastninger⁵.

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

Det er en stor folkehelseutfordring at mellom 20-25 prosent av unge ikke gjennomfører videregående opplæring innen fem/seks år. Personer uten videregående opplæring har økt risiko for levekårs- og helseproblemer og svekket utdannings- og arbeidsmarkedstilknytning. Gjennomføring av videregående opplæring kvalifiserer for jobber og videre utdanning, og gir dermed bedre muligheter for at unge skal lykkes på arbeidsmarkedet og for aktiv deltakelse i samfunnet.

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. Tall fra [Folkehelse rapporten](#)⁶ viser at om lag 1 av 20 barn og unge vokser opp under forhold preget av vold (barnemishandling). Andelen har vært stabil over tid. Mindre alvorlig fysisk vold mot barn og unge har avtatt betydelig over tid og forekommer hos om lag 1 av 5. Når det gjelder seksuelle overgrep, oppgir 1 av 5 jenter og 1 av 14 gutter at de har opplevd dette før fylte 18 år enten fra voksne eller jevnaldrende⁷. Omfanget av seksuelle overgrep øker fra barnealderen til ungdomsalderen, med en markant økning i forbindelse med at puberteten inntreffer⁸. Det har vært en liten nedgang i seksuelle overgrep over tid, viser de to UngVold-undersøkelsene fra 2007 og 2015⁹. Barn som lever med vold og overgrep, kan få alvorlige og varige psykiske og fysiske skader. Kommunene har en viktig oppgave i å oppdage og gi rett oppfølging til barn og unge som har utfordringer eller er utsatt for vold og/eller omsorgssvikt. Da er det nødvendig at kommunene har gode rutiner og et velfungerende formalisert samarbeid på tvers som er forankret i ledelsen.

Politiet samhandler med barnevern, skole og andre kommunale instanser og frivillige organisasjoner for å forebygge barne- og ungdomskriminalitet. For å forebygge tilbakefall og gjengkriminalitet er det vedtatt straffereaksjoner, ungdomsstraff og ungdomsoppfølging. Ved å benytte skreddersydde tiltak og gjenopprettende prosesser, vil man gi unge lovbrytere tett oppfølging og nødvendig støtte til å mestre utfordringer og dermed forhindre en videre kriminell utvikling. Reaksjonene skal styrke den enkelte ungdoms ressurser, og skal engasjere både private og offentlige nettverk.

² Helsedirektoratet (IS-2412) 2015. Sosioøkonomisk status og barn og unges psykologiske utvikling. Familiestressmodellen og familieinvesteringsperspektivet

³ <https://www.fhi.no/fp/oppvekst/hent-oppvekstprofil/>

⁴ Mæland 2010. Forebyggende helsearbeid i teori og praksis. Universitetsforlaget

⁵ Helsedirektoratet (IS-1573) Jon Ivar Elstad 2008. Utdanning og helseulikheter. Problemstillinger og forskningsfunn.

⁶ FHI [Folkehelse rapporten – helsetilstanden i Norge](#)

⁷ FHI Folkehelse rapporten – helsetilstanden i Norge – Vold og skader

⁸ Kloppen, K., Haugland, S., Svedin, C. G., Mæhle, M., & Breivik, K. (2016). Prevalence of child sexual abuse in the Nordic countries: A literature review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(1), 37-55.

⁹ NOVA rapport 5/16, Mossige, Svein og Stefansen, Kari: Vold og overgrep mot barn og unge. Omfang og utviklingstrekk 2007–2015.

5.2

Konsekvenser av covid-19-pandemien

Under koronapandemien har barnehagene og skolene i perioder vært stengt. Barn og unge har opplevd endringer i hverdagen, med mer digital undervisning og hjemmeskole, særlig for de eldste barna. Flere av tjenestene som yter bistand til barn og unge hatt sterkt redusert kapasitet under pandemien. Dette kan få konsekvenser for denne gruppen - både på kort og lang sikt.

Barne- og familiedepartementet (BFD) har nedsatt en koordineringsgruppe¹⁰ som vurderer tjenestetilbudet til sårbare barn og unge under covid-19 pandemien. Koordineringsgruppen ble satt sammen av åtte direktorater, og har kartlagt status i de ulike tjenestene for sårbare barn og unge. Kartlegginger har vist at koronapandemien i 2020 og 2021 har hatt tydelig innvirkning på tilbudet til barn og unge. Det kommer frem at svært mange tjenester var mindre tilgjengelig og det samlede tilbudet til barn og unge har vært redusert. Barne- ungdoms og familiedirektoratets (Bufdir) jevnlig kartlegging av barneverntjenestene under pandemien tyder på at saksmengden har økt i 2021. NOVA har utarbeidet et [notat](#)¹¹ som omhandler hvordan barneverntjenesten ivaretok arbeidet med vold og overgrep under den første fasen av koronapandemien. Notatet viser at erfaringen fra flere tjenester var at terskelen for å be om hjelp hadde blitt høyere. Dette tyder på at flere barn og unge kan ha måttet leve med vold og overgrep over lenger tid.

Kartleggingene viser at både helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom har vært mindre tilgjengelig enn i normalsituasjonen med begrunnelse i at personellet var omdisponert til smittevernarbeid. Dette gjelder både jordmødre og helsesykepleiere. En rapport fra SSB viser blant annet at [3 av 4 kommuner omdisponerte helsesykepleiere som følge av korona](#)¹²

Da skolene stengte ned våren 2020, ble også skolehelsetjenesten mange steder stengt. Resultatene viste samtidig at de fleste tjenester fulgte opp barn, unge eller barnefamilier som var spesielt utsatte, og som ikke møtte til avtaler. Skolehelsetjenesten tok kontakt med barn de var bekymret for selv om skolen var stengt. Under pandemien ble det også oppdaget at barn og unge som under normale forhold ikke ville vært regnet som utsatt, opplevde problemer som en konsekvens av pandemien. Samtidig har det vært en nedgang i rapportering av vold, som ikke nødvendigvis skyldes en reell nedgang, men snarere en underreportering av vold, mishandling og vanskjøtsel av barn.

[Ungdata 2021](#)¹³ bekrefter at pandemien har vært krevende for veldig mange ungdommer, med blant annet sterk reduksjon av organisert fritidstilbud og begrensninger i kontakt med venner. Rapporten trekker frem at det er en del flere jenter enn gutter og flere eldre tenåringer enn yngre tenåringer som har hatt negative opplevelser under pandemitiden. Til tross for dette viser rapporten at det har vært relativt små endringer i livskvalitet og psykiske helseplager, selv om det er en svak negativ utvikling.

¹⁰ Se alle rapportene hos BUF-dir

¹¹ Siri Berg Tveito, NOVA OsloMet (2021) Barnevern i krisetid. Barneverntjenestens arbeid med vold og overgrep under koronapandemiens første fase. NOVA notat 1/21. [Barnevern i krisetid](#)

¹²

<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/3-av-4-kommuner-omdisponerte-helsesykepleiere-som-fr>

¹³ [Ungdata 2021. Nasjonale resultater. NOVA Rapport 8/21. Oslo: NOVA, OsloMet \(oda.oslomet.no\)](#)

5.3

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten, inkludert svangerskapsomsorgen

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en lovpålagt kommunal helsefremmende og forebyggende tjeneste. I denne tjenesten tilbys svangerskaps- og barselomsorg, helsestasjons- og skolehelsetjeneste til barn og unge 0-20 år. Tilbudet er gratis og skal være lett tilgjengelig.

Indikatorer:

- Aktivitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten
Utvikling av årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, etter utdanningsbakgrunn

[Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorg](#) anbefaler at gravide bør få tilbud om et basisprogram og ved behov bør gravide få tilbud om ekstra oppfølging utover basisprogrammet. Programmet skal bidra til å fremme helse, forebygge sykdom og identifisere gravide med behov for utvidet støtte, behandling og hjelp. Anbefalingene gjelder for friske gravide. Retningslinjen og Helsekort for gravide utfyller hverandre og gir en helhetlig oppfølging i svangerskapet.

[Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen](#) skal bidra til en faglig forsvarlig barselomsorg. Uavhengig av om mor og barn er hjemme eller på sykehus den første perioden av barseltiden, skal den tilrettelegges slik at den blir forutsigbar og familievennlig og være lett tilgjengelig for brukerne. En individuell barselomsorg tar hensyn til familiens, morens og spedbarnets behov. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten har et felles ansvar for organiseringen av et sammenhengende og helhetlig tilbud i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen.

[Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten](#) inneholder anbefalinger og oppgaver som er tillagt helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. Tjenestenes formål er å fremme psykisk og fysisk helse, gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdommer og skader. Det er blant annet egne anbefalinger om seksuell helse og anbefalinger om hvordan avverge, forebygge og avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt.

Helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom skal bidra til kommunens tverrsektorielle folkehelsearbeid, herunder bidra med oversikt over helsetilstanden og de faktorer som kan virke inn på helsen til barn og ungdom. Disse tjenestene har gjennom sine møter og regelmessige konsultasjoner med barn og ungdommer gode forutsetninger for å skaffe oversikt over faktorer som kan fremme eller hemme helsen til barn og unge.

Tjenesten har stor tillit i befolkningen. En [kartlegging rundt uteblivelse på helsestasjonen 0-5 år](#)¹⁴ viser at barn det er knyttet bekymring til, kommer til helsestasjonen og at kommunene har gode rutiner for å følge opp alle barn.

Vaksinasjonsdekningen i barnevaksinasjonsprogrammet har holdt seg stabilt høy i Norge¹⁵, til tross for krevende omstendigheter for vaksinasjonsarbeidet under koronapandemien.

Nedenfor vises en oversikt over aktiviteten i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Tabell 5-1 Aktivitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten etter helsekontroller. Andel barn. 2015 - 2020

	Andel barn (prosent)					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Hjemmebesøk av jordmor innen tre døgn etter hjemkomst	.	.	21,3	34,0	45,6	42,9
Hjemmebesøk av helsesykepleier til nyfødte	83,3	87,7	88,6	88,4	90,0	69,9
Undersøkt 8. leveuke	97,1	98,1	99,0	98,8	98,9	98,2
Undersøkt ved 2-års alder	97,7	97,7	97,8	96,3	95,6	89,0
Undersøkt ved 4-års alder	95,6	95,9	97,3	94,7	95,8	90,4
Undersøkt grunnskole 1. trinn	96,2	94,8	89,7	80,8	90,6	90,2

Kilde: SSB tabell 11993 (EAK: estimert for alle kommuner)

5.3.1. Hjemmebesøk til nyfødte av jordmor og helsesykepleier

Tabell 5-1 viser at fortsatt er under halvparten av nybakte familier som får tidlige hjemmebesøk av jordmor innen tre døgn etter hjemkomst fra sykehus. Antall hjemmebesøk gjennomført av jordmor gikk også ned fra 45,6 prosent i 2019 til 42,9 prosent i 2020.

Hjemmebesøk som første konsultasjon gjennomført av helsesykepleier, har hatt en økning fra 2017 til 2019 til 90 prosent. I 2020 ble det imidlertid en nedgang til 69,9 prosent. Dette skyldes nok først og fremst at det i forbindelse med utbruddet av covid-19 ikke ble anbefalt å gjennomføre hjemmebesøk i perioden mars til mai 2020.

5.3.2. Konsultasjoner på helsestasjon- og skolehelsetjenesten

I 2017 var det i underkant av 98 prosent av barna som hadde gjennomført 2- og 4-års konsultasjoner ved helsestasjon (tabell 5-1). Tallene har holdt seg stabile, men fra 2019 er det en nedgang. Andel gjennomførte 2-årskonsultasjoner i 2019 var på nær 96 prosent, mens de ble redusert til 89 prosent i 2020. For 4-årskonsultasjoner er tallene 95,8 prosent i 2019 og 90,4 prosent i 2020. Nedgangen i 2020 kan skyldes nedsatt drift på helsestasjonene i pandemien.

Andel barn som fullførte helseundersøkelse på 1. trinn i grunnskolen i 2020 ligger på i overkant av 90 prosent. Dette er samme nivå i 2020 som året før. Dette er de eneste aktivitetstallene SSB har fra skolehelsetjenesten, og kan derfor ikke si noe generelt om hvor mye omdisponeringen har påvirket tilgjengelighet til helsesykepleiere for elever ved grunnskole og videregående skole.

5.3.3. Årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har i flere år vært et satsningsområde for regjeringen som har ønsket å styrke og utvikle den med økte ressurser via frie inntekter og tilskudd til kommunene. KOSTRA viser en positiv årsverksutvikling i tjenesten, både for helsesykepleiere, jordmor, fysioterapeuter og leger. Det har det også vært en stor økning av sykepleiere uten videreutdanning i helsesykepleie eller annen spesialisering. Statsforvalterne og tjenestene har gjennom flere år gitt tilbakemelding om at det i flere kommuner likevel er vanskelig å rekruttere jordmødre og helsesykepleiere til ledige stillinger, noe som kan tyde på for lav utdanningskapasitet¹⁶.

Fra 2017 har kommunen innrapportert årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten i KOSTRA-skjema 1 fordelt på fem del tjenester; svangerskaps- og barselomsorg, helsestasjon 0-5 år, skolehelsetjenesten, herunder barne- ungdoms- og videregående skole og helsestasjon for ungdom¹⁷.

Tabell 5-2 Årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten per 10 000 innbyggere 0-20 år og 0-5 år. Etter utdanningsbakgrunn. 2015-2020.

	Avtalte årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten per 10 000 innbyggere 0-20 år (årsverk)						Avtalte årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten per 10 000 innbyggere 0-5 år (årsverk)					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2015	2016	2017	2018	2019	2020
EAK Landet												
Utdanning i alt	33,6	36,6	39,0	42,4	44,5	46,3	120,4	132,6	142,8	157,4	166,8	175,4
Helsesykepleiere	18,4	19,2	20,2	21,5	22,5	23,3	66,2	69,8	74,1	79,8	84,4	88,4
Jordmødre	2,4	2,7	3,0	3,5	3,9	4,2	8,6	9,7	11,1	13,0	14,5	15,4
Andre sykepleiere	3,8	5,0	5,6	6,4	6,9	7,2	13,5	18,0	20,6	23,7	25,9	27,4
Leger	1,6	1,6	1,6	1,7	1,7	1,8	5,7	5,8	6,0	6,2	6,3	6,7
Fysioterapeuter	1,5	1,7	1,9	2,0	2,1	2,0	5,5	6,2	6,9	7,3	7,8	7,5
Annen helsefaglig utdanning	3,4	3,9	4,1	4,7	4,8	5,3	12,1	14,0	15,0	17,4	17,9	20,4
Uten helsefaglig utdanning	2,5	2,5	2,5	2,7	2,6	2,6	8,8	9,0	9,1	10,1	9,9	9,7

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

Data fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal fases inn i nytt kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Første steg i implementeringen i KPR vil være data om aktivitet i de helsetjenestene, blant annet data for gjennomføring av anbefalte konsultasjoner. Med KPR vil det bl.a. være mulig å følge

enkelpersoner over tid, og se på sammenheng mellom oppfølging i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og andre helsetjenester.

KPR skal bidra til et godt kunnskapsgrunnlag for utvikling av de kommunale helsetjenestene både for å fremme helse, forebygging og behandling. Statistikken vil kunne brukes som styringsinformasjon for kommunene, og for å kunne følge med på om kommunene klarer å gi det tjenestetilbudet de nasjonale faglige retningslinjene anbefaler. Fra 1. september 2022 skal alle landets kommuner rapportere inn data fra helsestasjon- og skolehelsetjenesten inkludert svangerskapsomsorgen.

Beregning av bemanning

Helsedirektoratet har utviklet et verktøy for beregning av bemanning i helsestasjonen 0-5 år. Tilsvarende verktøy utvikles for beregning av jordmor bemanning i helsestasjonen, og for bemanning i skolehelsetjenesten. Målet med verktøyet er å bidra til planlegging av virksomheten i tjenesten, samt synliggjøre oppgavene som er pålagt gjennom lov eller forskrift, og som anbefales i de nasjonal faglige retningslinjene.

¹⁴ Helsedirektoratet (2020) Manglende oppmøte på helsestasjon- en kartlegging rundt uteblivelse fra konsultasjoner i helsestasjonsprogrammet 0-5 år (IS-2928)

¹⁵ FHI (2021,12.april) Vaksinasjonsdekningen for 2020.

¹⁶ [Kompetanseløft 2020](#)

¹⁷ Helsedirektoratet (2021) Ny oversikt over deltjenester skal gi bedre styring. [nyhetssak](#)
<https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/ny-oversikt-over-deltjenester-skal-gi-bedre-styring>

5.4

Barnehage

Barnehagen i Norge anses som det første frivillige trinnet i utdanningsløpet. Barnehagen skal gi en god start og bidra til barns utvikling gjennom omsorg, lek og læring.

Indikatorer:

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

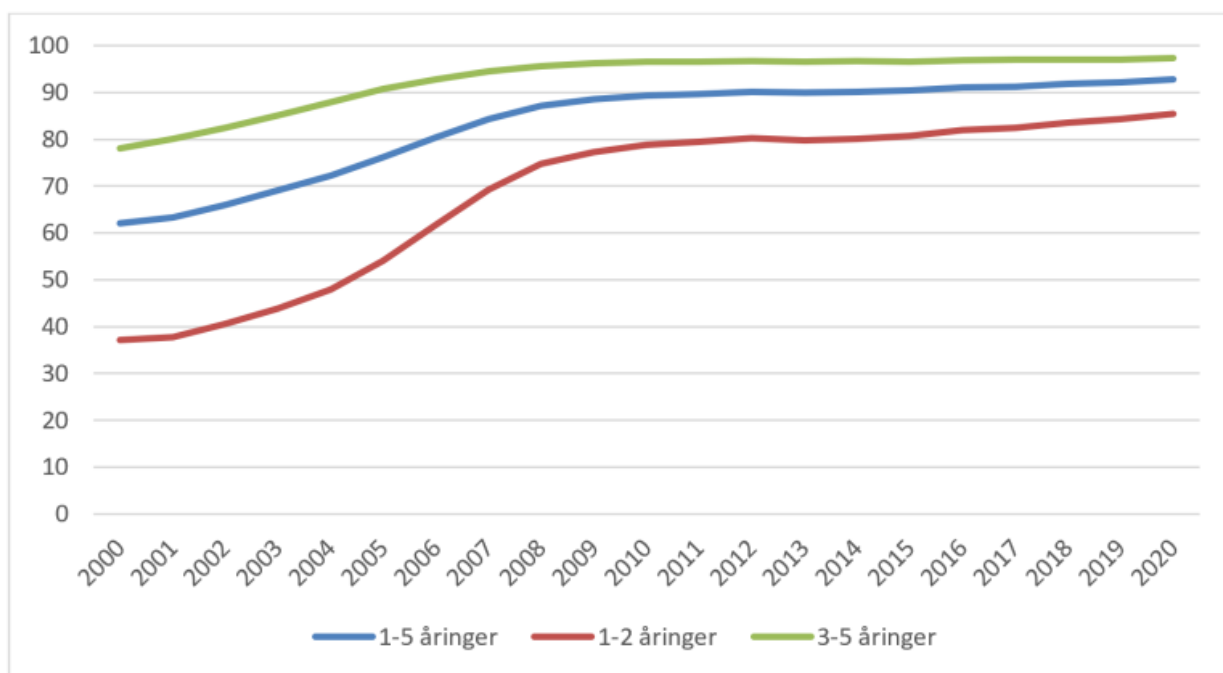
En barnehage med høy kvalitet kan ha en positiv påvirkning på barns språklige og sosiale utvikling, og gir dermed mulighet til å danne et godt grunnlag for skolestart og videre utvikling. God kvalitet i barnehagen ser ut til å forebygge utvikling av språk- og atferdsvansker over tid, særlig hos sårbare 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 gruppestørrelse¹⁸.

5.4.1. Barnehagedeltagelse

Barnehagen skal møte og inkludere alle barn uansett barnets språklige, kulturelle eller sosiale bakgrunn. For barn fra familier med lav sosioøkonomisk status eller barn i familier med innvandrerbakgrunn kan barnehagen ha spesielt stor betydning.

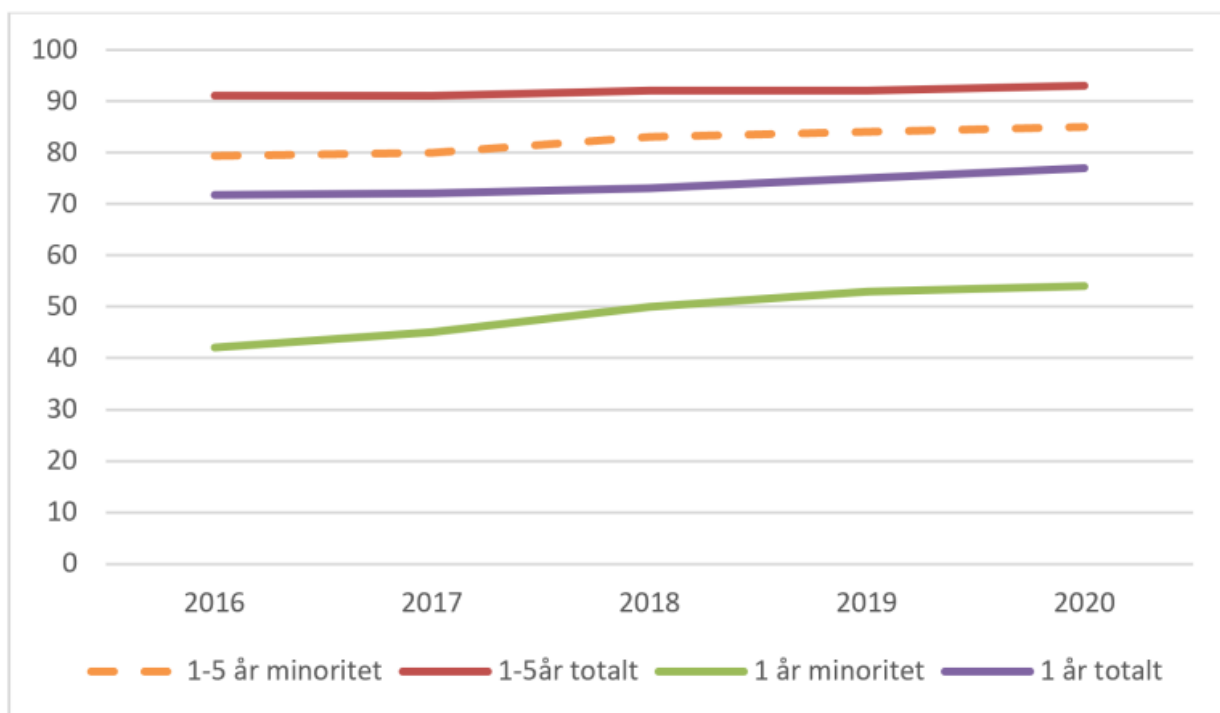
Figuren under viser utviklingen i dekningsgrad i barnehage for ulike aldersgrupper i Norge.

Denne indikatoren beregnes årlig på bakgrunn av tall fra BASIL -barnehagenes årsmeldinger¹⁹ og befolkningstall fra SSB. For aldersgruppa 1-5 år var dekningsgraden i 2020 på 92,8 prosent. Økningen har vært størst blant 1-2 åringene. Her har andelen barn i barnehage økt fra 78,8 prosent i 2010 til 85,4 prosent i 2020.



Figur 5-1. Dekningsgrad i barnehage i ulike aldersgrupper. 2000-2020. Prosent. Kilde: SSB

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

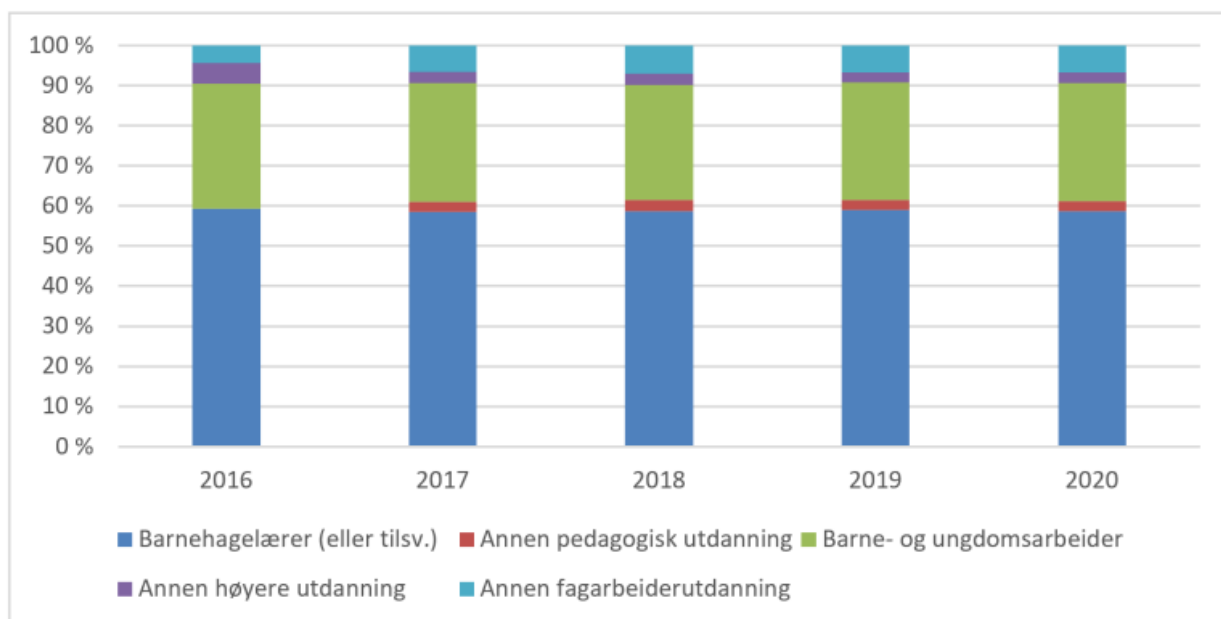


Figur 5-2. Dekningsgrad i barnehagen for minoritetsspråklige- og alle barn. 2016-2020. Prosent.
Kilde: SSB

5.4.2. Kvalitet i barnehagen

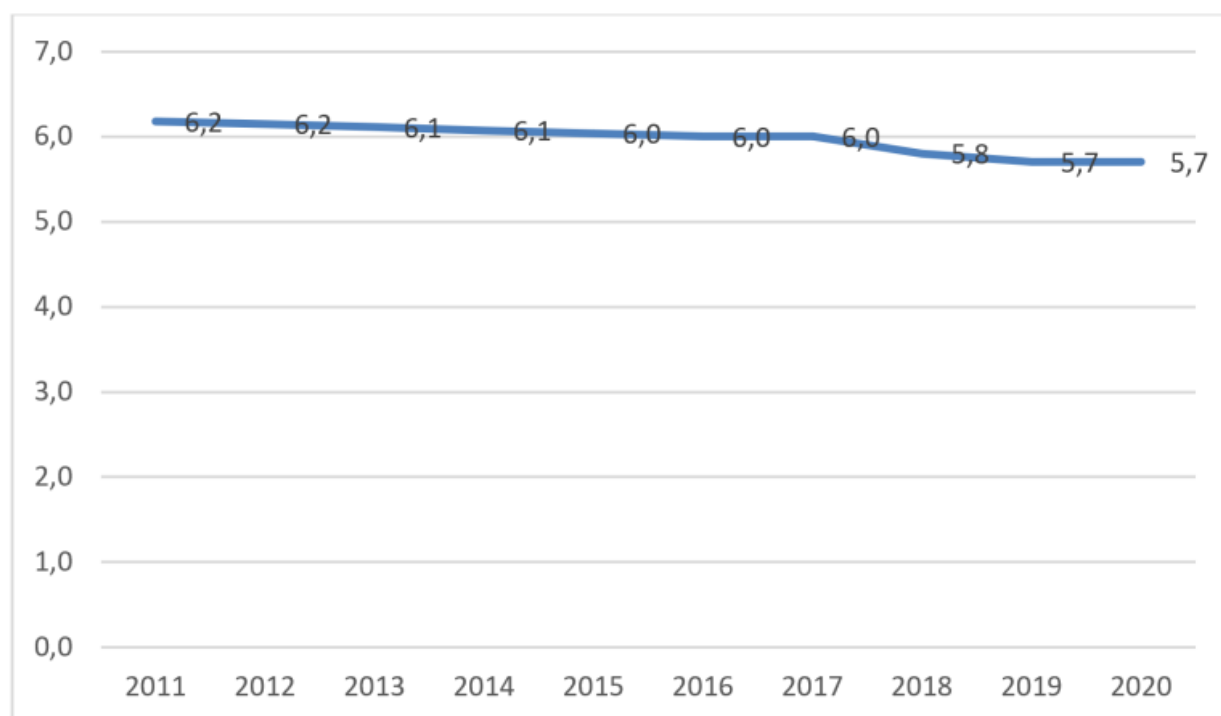
Barnehager som oppfyller normene for grunnbemanning og pedagogtetthet gir gode rammer for barns utvikling og for trygge relasjoner mellom barn og voksne. Personalets kompetanse til å inngå i gode relasjoner og støtte barns lek og læringsprosesser er vesentlig for at barn skal trives og være inkludert i barnehagen.

Figur 5-3 viser at andel årsverk med barnehagelærerutdanning har økt fra 39 prosent i 2016 til 43,1 prosent i 2020. I samme periode har andelen årsverk med barne- og ungdomsarbeidere økt fra 20,5 til 21,7 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 2016-2020. Alle eierformer. Prosent.
Kilde: Basil/Utdanningsdirektoratet

Bemanningsnormen krever at barnehagene skal ha minimum 1 ansatt per 3 barn under 3 år, og 1 ansatt per 6 barn over 3 år. Etter at bemanningsnormen ble vedtatt økte bemanningen fra 6,0 barn per ansatt i 2016 til 5,7 barn per ansatt i 2020.



Figur 5-4. Antall barn (korrigert for alder og oppholdstid) per årsverk i grunnbemanningen 2011-2020. Kilde: Basil/Utdanningsdirektoratet

¹⁸ Brandlistuen m.fl. 2015. Sårbare barn og kvalitet i barnehagen. Folkehelseinstituttet (Rapport 2015:2)

¹⁹ <https://www.udir.no/verktøy/samle-inn-data/basil/>

Skole og utdanning

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.

Gjennom et godt pedagogisk tilbud skal skolen gi elevene mulighet til læring og utvikling uavhengig av elevenes forutsetninger. Elevenes prestasjoner i grunnskolen er den faktoren som har størst betydning for om elevene fullfører og består videregående opplæring. Innsats for å øke barn og unges grunnleggende ferdigheter som lesing og regning i grunnskolen kan bidra til å bedre elevenes skoleprestasjoner. Elever som har foreldre med høyere utdanning får i gjennomsnitt bedre karakterer i grunnskolen enn elever av foreldre med kort utdanning. Elever som får opplæring tilpasset sine behov lærer mer, trives bedre og har større sannsynlighet for å fullføre skolegang og komme ut i arbeidslivet.

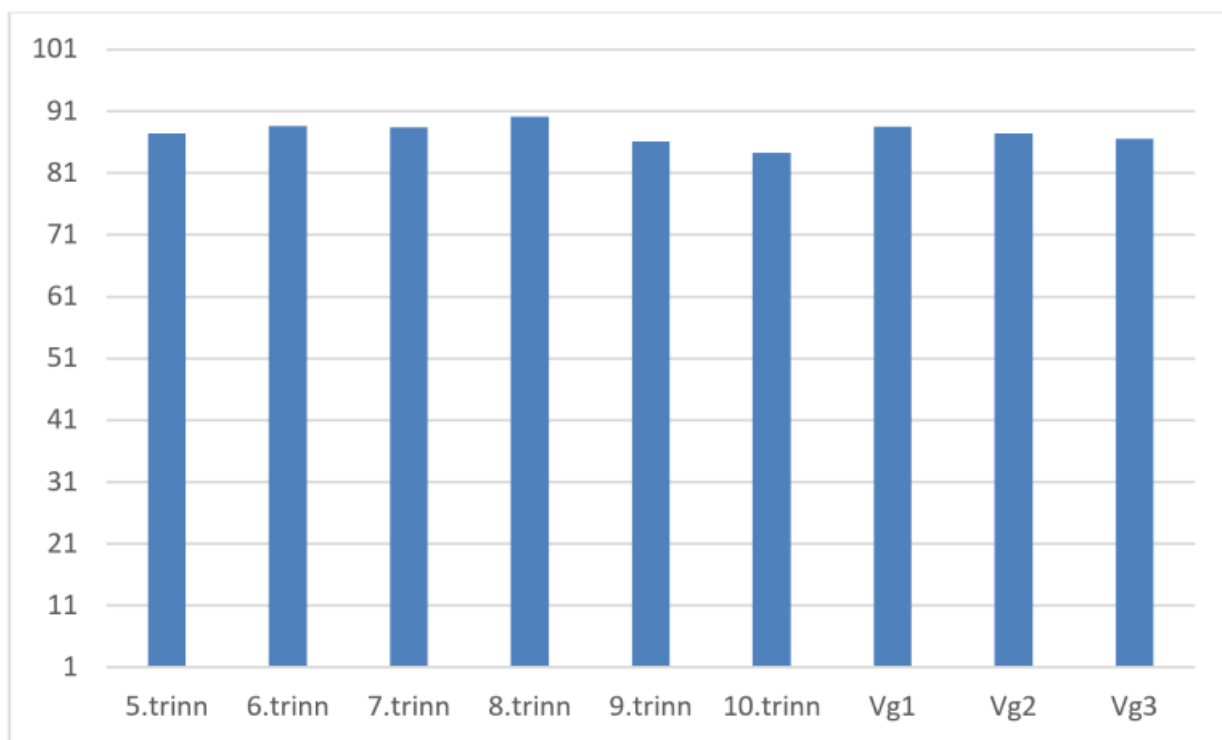
Mange barn og unge har behov for en tidlig, samtidig og samordnet innsats fra ulike sektorer. Det er viktig å sette inn tiltak så snart en utfordring avdekkes, og at elever som ikke har et tilfredsstillende utbytte av det ordinære tilbudet får tilbud om spesialundervisning. Målet skal være å øke elevens mulighet til å få en god utvikling videre.

Indikatorer:

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

5.5.1. Trivsel og læringsmiljø

De aller fleste barn og unge trives i barnehagen og på skolen. Trivsel henger ofte sammen med mestring, læring og sosial støtte. Relasjonen mellom voksne og barn og vennskapet mellom jevnaldrende er viktige faktorer for trivsel. Vennskap er en kilde til sosial og følelsesmessig støtte, og gode vennskap kan beskytte mot mobbing og ekskludering. Ikke alle barn og unge finner venner og opplever tilhørighet på skolen. Mobbing kan gi alvorlige konsekvenser for trivsel og gjennomføring i skolen, og kan føre til psykiske vansker, selvmordstanker og utagerende atferd. At elevene trives på skolen, er et viktig mål i seg selv. Alle elever i grunnskoler og videregående skoler har rett til et godt fysisk og psykososialt miljø som fremmer helse, trivsel og læring (kapittel 9A i opplæringsloven, § 9a-1). Skolens arbeid med å utvikle et godt og inkluderende læringsmiljø hvor elevene trives, vil være positivt for elevenes sosiale og personlige utvikling og legger et viktig grunnlag for læring.



Figur 5-5. Andel elever som trives godt eller svært godt, fordelt på trinn. 2019-20. Kilde: Elevundersøkelsen/Utdanningsdirektoratet

Figur 5-5 viser at flere enn 8 av 10 elever på alle trinn trives godt eller svært godt på skolen. Andelen elever som trives er høyest i 8. trinn, men faller i 9. og 10. trinn hvor den er på sitt laveste med 84 prosent. I videregående øker trivselen igjen, selv om den faller litt utover i utdanningsløpet. Den årlige Elevundersøkelsen som gjennomføres av Utdanningsdirektoratet viser at trivselen blant norske elever har holdt seg ganske stabil over tid. Dette sammenfaller med Ungdataundersøkelsen, som gjennomføres hvert år av NOVA/OsloMet, som ikke viser klare tegn til at skoletrivselen avtar med økende alder. Det er heller ikke noen vesentlige kjønnsforskjeller i trivsel²⁰.

Å bli utsatt for mobbing har sammenheng med et bredt spekter av helseproblemer og sosiale vansker, og har sammenheng med økt fravær fra skolen og dårlige skoleprestasjoner²¹. Det er et nasjonalt mål at samfunnet skal ha en nullvisjon om og nulltoleranse for krenkelser, mobbing, trakassering og diskriminering. Skolen skal aktivt og systematisk arbeide for et godt psykososialt miljø på skolen, hvor hver enkelt elev kan oppleve trygghet og sosial tilhørighet (opplæringsloven § 9a-3). Alle ansatte ved skolen har plikt til å handle hvis de har kunnskap eller mistanke om at elever blir utsatt for krenkelser som mobbing, vold, rasisme og diskriminering.

I Elevundersøkelsen gir elevene svar på spørsmål om de har opplevd mobbing og krenkelser inneværende skoleår, og hvor ofte dette skjer. Mobbing defineres i undersøkelsen som gjentatte negative handlinger fra en eller flere sammen, mot en elev som kan ha vanskelig for å forsvare seg. Mobbing kan være å kalle en annen stygge ting og erte, holde en annen utenfor, baksnakke eller slå, dytte eller holde fast.

Tabell 5-3 Andelen elever som svarer at de blir mobbet av medelever, mobbet digitalt (på skolen) og/eller mobbet av voksne på skolen 2-3 ganger i måneden eller oftere. Alle årstrinn 2016 til 2020. Prosent. Kilde: Elevundersøkelsen/Utdanningsdirektoratet

	2016	2017	2018	2019	2020
Kun mobbet av medelever	3,6	4,0	3,6	3,6	3,7
Kun digitalt mobbet av medelever	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4

Kun mobbet av voksne	1,3	1,3	1,1	1,1	0,9
Kombinasjon av disse	1,0	0,8	1,0	0,9	0,8
Total	6,3	6,6	6,1	6,0	5,8

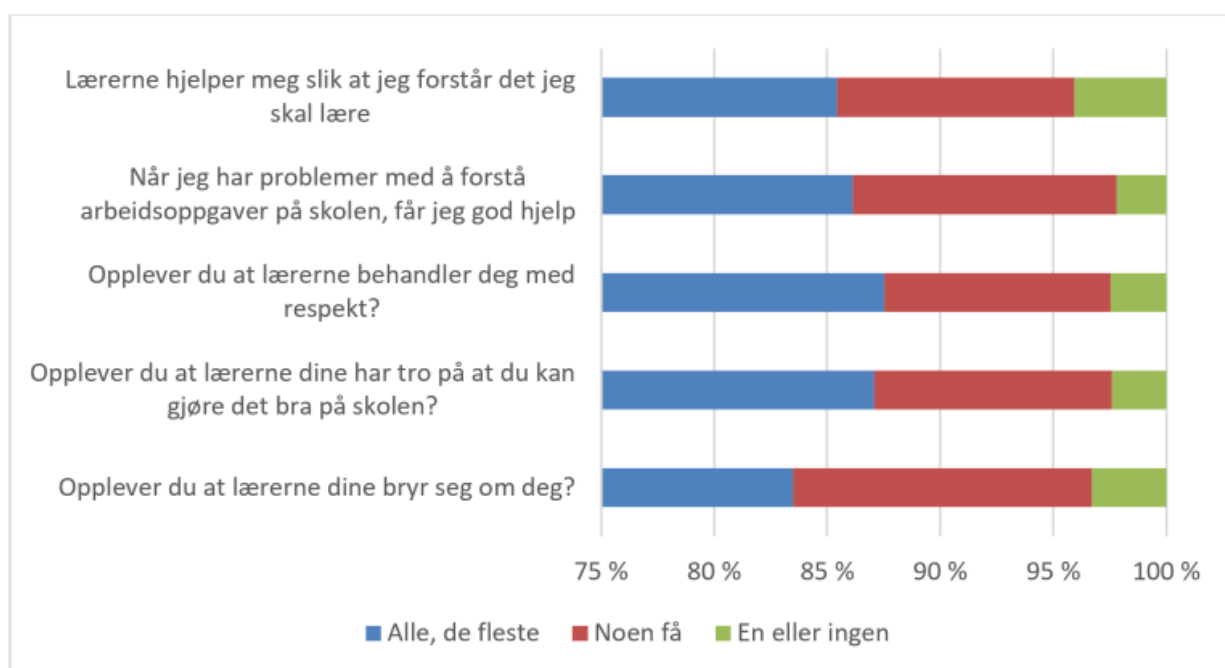
Tabell 5-3 viser en nedgang i andelen som oppgir at de er mobbet fra 6,3 prosent til 2016 til 5,8 prosent i 2020. Flest oppgir at de er mobbet av medelever, mens en mindre andel har opplevd digital mobbing og/eller mobbing fra voksne på skolen.

Andelen som oppgir å ha blitt mobbet, avtar etter som elevene blir eldre, men det er en liten økning igjen på 9. trinn. Det er relativt små forskjeller mellom gutter og jenter i andelen som opplever å bli mobbet av medelever, og de kjønnsforskjellene som finnes, varierer mellom trinn. Digital mobbing avtar ikke i like stor grad oppover i grunnskolen, men reduseres betydelig når elevene kommer på videregående skole²².

Analyser av Elevundersøkelsen 2019²³ viser at 1,8 prosent av elevene svarer at de har blitt mobbet digitalt. Nær halvparten av elevene som oppgir å bli mobbet digitalt, utsettes også for mobbing på andre arenaer²⁴.

Barn og unge kan oppleve flere negative hendelser på nettet som de må håndtere. For eksempel viser Barn og medier-undersøkelsen at 26 prosent av de unge i alderen 9–18 år har opplevd at noen har vært slemme med dem eller har mobbet dem på nett, mobil eller spill det siste året. Andelen er høyere for gutter enn for jenter. Samtidig opplever jentene i større grad enn guttene at noen har lagt ut bilder som har gjort dem triste eller sinte²⁵.

Forskning viser at lærer – elev relasjonen har betydning for elevenes læringsresultat²⁶. 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 skolen²⁷. Denne indikatoren som presenteres i figuren under, er et uttrykk for elevens oppfattelse av relasjonen til lærerne sine.



Figur 5-6. Opplevd støtte fra lærerne. Elever i 5.trinn til 3.vg 2019 og 2020. Prosent. Kilde: Elevundersøkelsen/Utdanningsdirektoratet

Figuren viser at fire av fem elever fra 5. trinn til 3. videregående opplever at de fleste eller alle lærerne er støttende både faglig og emosjonelt. Rundt 85 prosent opplever at de fleste eller alle lærerne gir god hjelp, at de bryr seg om dem, at de har tro på dem og behandler dem med respekt. Elever som opplever en trygg og støttende lærer, utvikler færre atferdsproblem, og viser større engasjement i klassen. Uavhengig av ferdighetsnivå viser forskning at elever lærer mer når de kommer godt overens med læreren²⁸. Studier har vist at forholdet mellom elev og lærer henger sammen med utvikling og faglig fremskritt gjennom hele utdanningsløpet²⁹. Analyser av Elevundersøkelsen viser at det er en sammenheng mellom det 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.

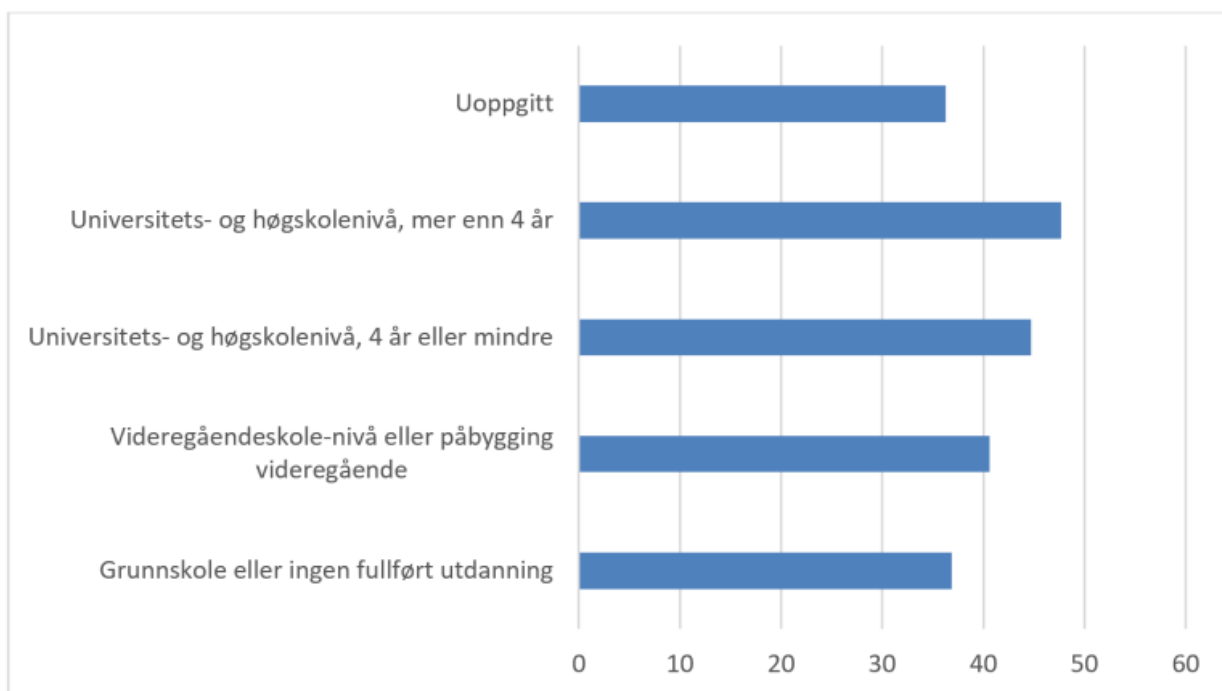
5.5.2. Læringsresultater

Utdanningen har som mål å gi elevene tilstrekkelig høy faglig kompetanse, og i denne ligger også psykologiske ressurser som er viktige for helsen. Karakternivået fra grunnskolen påvirker sannsynligheten for å fullføre videregående opplæring. Det finnes mye informasjon om læringsresultater, som for eksempel eksamenskarakterer og standpunktkarakterer. Dette gir i første rekke informasjon om elevenes kompetanse i fag ved slutten av opplæringsløpet. Nasjonale prøver måler grunnleggende ferdigheter i lesing, regning og engelsk underveis i opplæringsløpet. Resultatene viser at elevenes skoleprestasjoner blir bedre jo lengre utdanning foreldrene har.

Elever som selv har innvandret kan oppleve store utfordringer i skolen, og de som kommer sent i gang i skoleløpet er særlig utsatt, både når det gjelder karakternivå fra grunnskolen og gjennomføring i videregående skole (Inkluderings- og mangfoldsdirektoratet).

5.5.3. Sosiale ulikheter i skoleprestasjoner i grunnskolen

Grunnskolepoeng (beregnet som summen av elevenes avsluttende karakterer i grunnskolen, delt på antall karakterer og ganget med 10) benyttes som kriterium for inntak til videregående opplæring. Skoleåret 2019-20 var gjennomsnittlige grunnskolepoeng 43,2.



Figur 5-7. Grunnskolepoeng etter foreldrenes utdanningsnivå. 2020. Kilde: SSB

Figuren 5-7 viser at antall grunnskolepoeng henger sammen med foreldrenes utdanningsnivå. Elever med foreldre som har grunnskole eller lavere som høyeste fullførte utdanning har i snitt 36,9 grunnskolepoeng, mens elever som har foreldre med universitets- og høghskoleutdanning mer enn 4 år har 47,7 grunnskolepoeng.

Gjennomsnittlig antall grunnskolepoeng for innvandrere (39,1) ligger 4,7 poeng lavere enn den øvrige befolkningen (43,8) i skoleåret 2020/21. Norskfødte med innvandrerforeldre har i gjennomsnitt 41,8 grunnskolepoeng, noe som ligger tett opp til den øvrige befolkningen.

5.5.4. Sosiale ulikheter i skoleprestasjoner i videregående opplæring

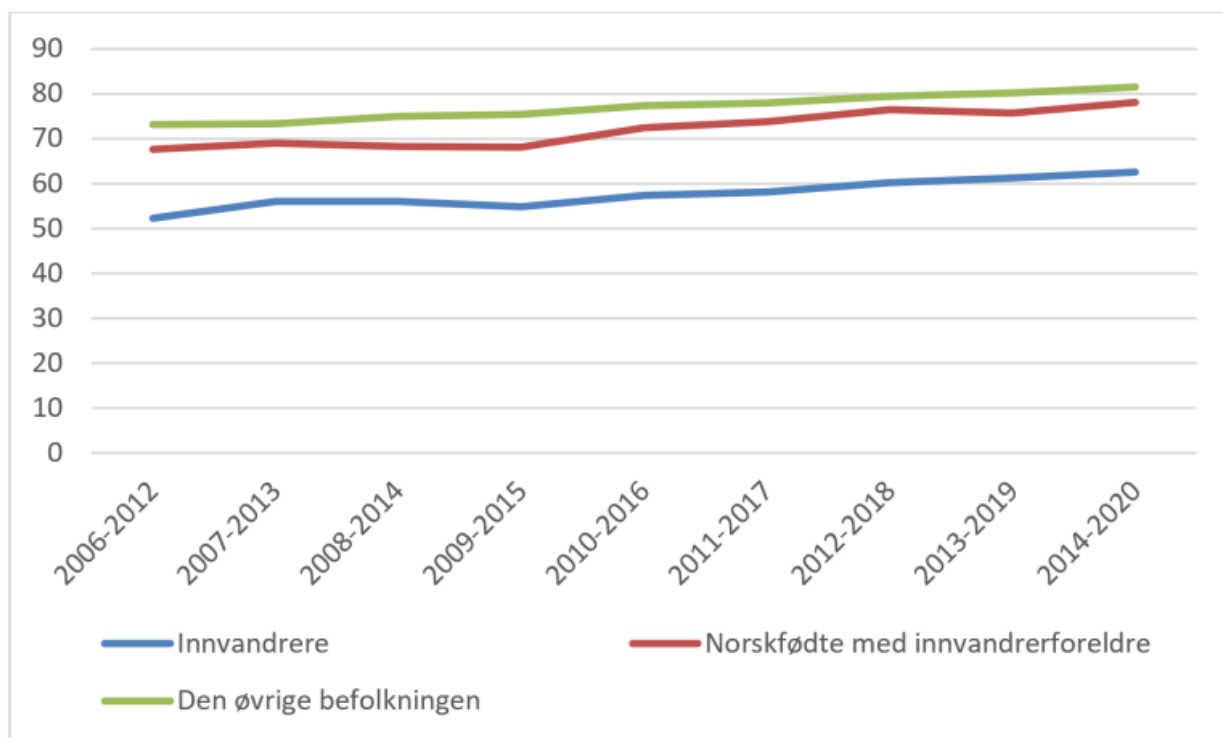
Det er en stor folkehelseutfordring at mellom 20-25 prosent av unge ikke gjennomfører videregående opplæring innen fem/seks år. Personer uten videregående opplæring har økt risiko for levekårs- og helseproblemer og svekket utdannings- og arbeidsmarkedstilknytning. Gjennomføring av videregående opplæring kvalifiserer for jobber og videre utdanning, og gir dermed bedre muligheter for at unge skal lykkes på arbeidsmarkedet og for aktiv deltakelse i samfunnet. Samfunnskostnadene ved at en 19-åring står utenfor arbeidslivet frem til fylte 62 år utgjør 15,9 millioner kroner³⁰.

Å fullføre videregående opplæring vil si å bestå alle årstrinn som fører til vitnemål, fagbrev eller svennebrev. SSB måler gjennomføringen 5 år etter at eleven startet videregående for første gang for studieforberedende og etter 6 år for yrkesfag.

79,6 prosent av elevene som begynte i videregående opplæring i 2014, fullførte innen 5/6 år³¹. Selv om dette fortsatt er alt for lavt, så har fullføringsprosenten økt jevnt fra første kullet i Kunnskapsløftet begynte i 2006. Fullføringsprosenten er langt lavere for elevene som begynte på yrkesfaglige utdanningsprogrammer enn studieforberedende utdanningsprogrammer. 89,1 prosent av elevene som begynte i et studieforberedende utdanningsprogram i 2014 fullførte innen 5/6 år. For yrkesfaglige

utdanningsprogrammer var andel 68,3 prosent. For de som begynte i videregående i 2011 var fullføringsprosenten 73 % samlet. For de som tok studieforberedende var den da 86 prosent, mens for yrkesfag var den da kun 59 prosent.

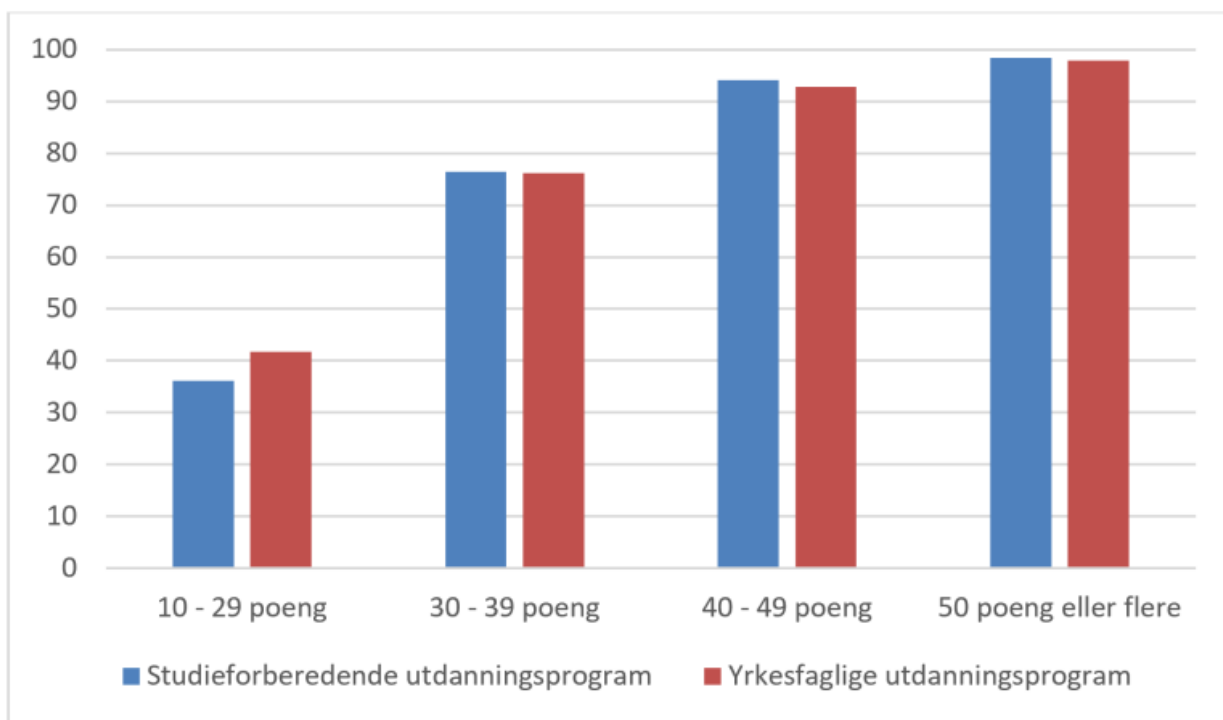
Andel elever og lærlinger som ikke har fullført innen fem år varierer etter foreldrenes utdanningsnivå. Av elevgruppen med foreldre med grunnskoleutdanning som startet i videregående opplæring i 2014 hadde 59,1 prosent ikke fullført innen 5-6 år. Tilsvarende hadde 90,9 prosent av elevgruppen med foreldre med høyere utdanning fullført innen fem år³².



Figur 5-8. Andel elever og lærlinger som har fullført innen 5/6 år, etter innvandrerbakgrunn. Prosent. Kilde: SSB

Innvandrere ligger 19 prosent lavere enn befolkningen for øvrig når det å fullføre innen 5/6 år, mens norskfødte med innvandrerforeldre ligger på nivå med befolkningen for øvrig.

En rapport fra Forskningsrådet om ungdom, frafall og marginalisering³³ viser 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 5-9. Fullført og bestått innen fem/seks år, etter antall grunnskolepoeng. 2014-kullet. Prosent.

Kilde: SSB tabell 12967

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

²⁰ [Ungdata 2020. Nasjonale resultater. NOVA-rapport 16/20 \(oslomet.no\)](https://ungdata.no/na-sjonale-resultater/nova-rapport-16/20)

²¹

<https://www.uis.no/sites/default/files/inline-images/i1MahGfNe33or7v3hddN4kCmilKUFiGoZzQ4gq6YN34YI>

²² Utdanningspeilet 2020

<https://www.udir.no/tall-og-forskning/publikasjoner/utdanningspeilet/utdanningspeilet-2020/>

²³ Elevundersøkelsen 2020 – nasjonale tall for mobbing og arbeidsro

<https://www.udir.no/tall-og-forskning/finn-forskning/rapporter/elevundersokelsen-2020--nasjonale-tall-for-mo>

²⁴ Christian Wendelborg (2020) Analyse av elevundersøkelsen 2019/2020

<https://www.udir.no/tall-og-forskning/finn-forskning/rapporter/elevundersokelsen-2020--nasjonale-tall-for-mo>

²⁵ Medietilsynet 2020

²⁶ Hattie 2009. Visible learning: a synthesis of over 800 meta-analyses relating to achievement. London: Routledge

²⁷ Bru 2011. Emosjonelt sårbare og sosialt passive elever. I U. V. Midthassel, E. Bru, S. K. Ertesvåg & E. Roland (Eds.), Sosiale og emosjonelle vansker. Barnehagens og skolens møte med sårbare barn og unge. Universitetsforlaget

²⁸ 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), 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)

²⁹ 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)

³⁰ [FHI Oppvekstprofiler 2021](#)

³¹

<https://www.ssb.no/utdanning/videregaende-utdanning/statistikk/gjennomforing-i-videregaende-opplaering>

³² <https://www.ssb.no/statbank/table/12962/tableViewLayout1/>

³³ <https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1254000811978.pdf>

5.6

Barn og ungdom med særskilt oppfølging

Å fange opp risikoutsatte barn tidlig i livsløpet eller tidlig i en vanskelig periode er sentralt for å kunne forebygge, støtte og gi riktig hjelp. Barn med tiltak fra barnevernet, barn som mottar spesialundervisning og ungdom som registreres hos oppfølgingstjenesten i fylkeskommunen eller hos politiet, er barn som får særskilt oppfølging. Å følge med på utviklingen i slike grupper vil gi bedre grunnlag for utvikling av nasjonale tiltak. Barn og unge med minoritetsbakgrunn er overrepresentert i barnevernet, både i hjelpetiltak i hjemmet og omsorgsovertakelser. Det kan være ulike forklaringer på dette, herunder kulturelle og minoritetsrelaterte faktorer, levekårsfaktorer og flyktningerelaterte faktorer³⁴.

Indikatorer:

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

5.6.1. Oppfølging fra skole -spesialundervisning og oppfølgingstjeneste

Elever som ikke har eller kan få tilfredsstillende utbytte av ordinær undervisning, har rett på spesialundervisning jf. opplæringslova kapittel 5. For at eleven skal få spesialundervisning, må det fattes et vedtak om dette. Retten til spesialundervisning gjelder både i grunnskolen og i videregående skole.

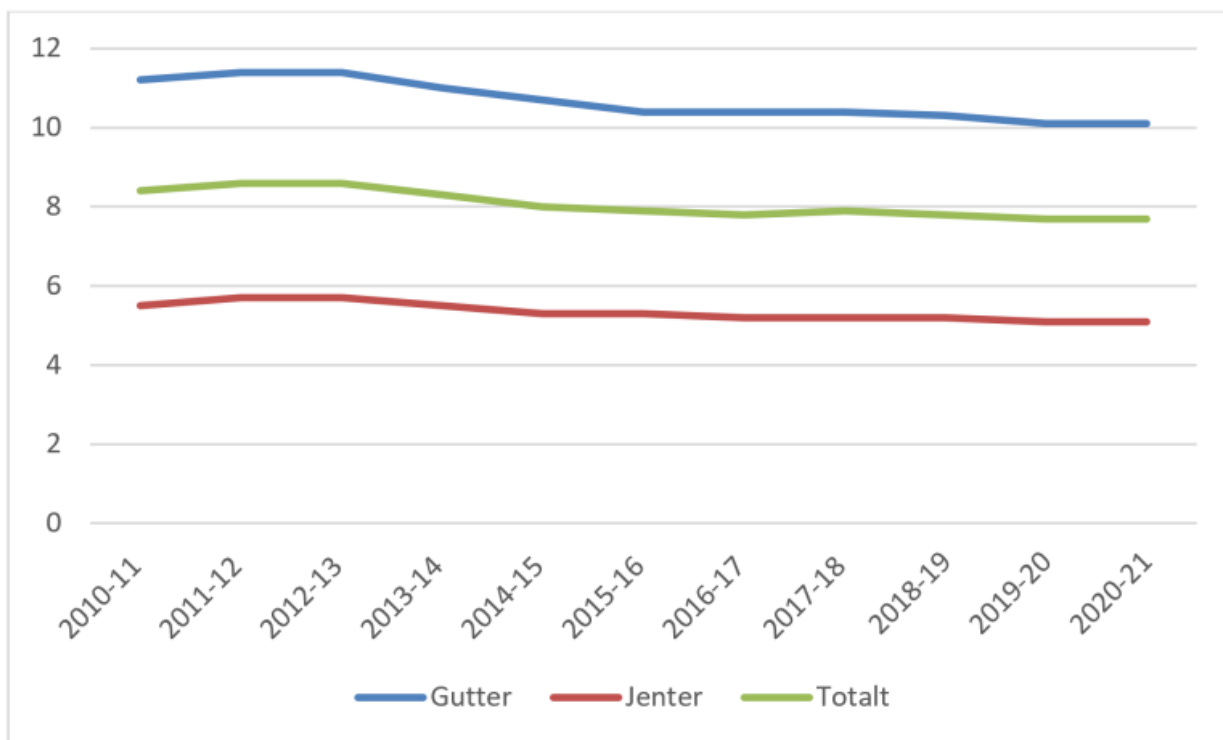
Spesialundervisning kan innebære mange ting; hva som inngår avhenger av den enkelte elev. For noen vil behovet være ekstra hjelp eller hjelpemidler i ordinær undervisning, for andre undervisning i mindre grupper. Før en elev får vedtak om spesialundervisning, skal det undersøkes om behovet kan dekkes ved tilpasset opplæring.

Høsten 2020 hadde nærmere 49 000 elever enkeltvedtak om spesialundervisning, noe som utgjør 7,7 prosent av elevene. Det er langt flere gutter enn jenter som får spesialundervisning. 5,1 prosent av jentene får spesialundervisning mens andelen gutter er 10,1 prosent.

Andelen elever med spesialundervisning øker utover i skoleløpet. På 1. trinn er andelen 3,5 prosent, mens den øker til det tredobbelte, 10,4 prosent på 10. trinn (2020-21). Det kan se ut som denne kurven er i ferd med å flate litt ut mot slutten av skoleløpet. En grunn til at andelen elever med spesialundervisning øker jo eldre elever blir, kan være økende faglige krav utover i skoleløpet³⁵.

Hovedregelen for spesialundervisning er at eleven skal ha opplæring i klassen/basisgruppen hvis det er mulig. Siden 2013-14 har andelen elever som hovedsakelig får spesialundervisning i den ordinære klassen økt betydelig. I 2013-14 fikk 28 prosent av elevene hovedsakelig spesialundervisning i den ordinære klassen, mens i 2020-21 har andelen gått opp til 48 prosent.

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. Fra 2012/13 til 2020/21 har andelen gått ned fra 8,6 prosent til 7,7 prosent³⁶.



Figur 5-10. Elever med enkeltvedtak om spesialundervisning, fordelt etter kjønn. 2010-2020. Prosent. Kilde: GSI/Utdanningsdirektoratet

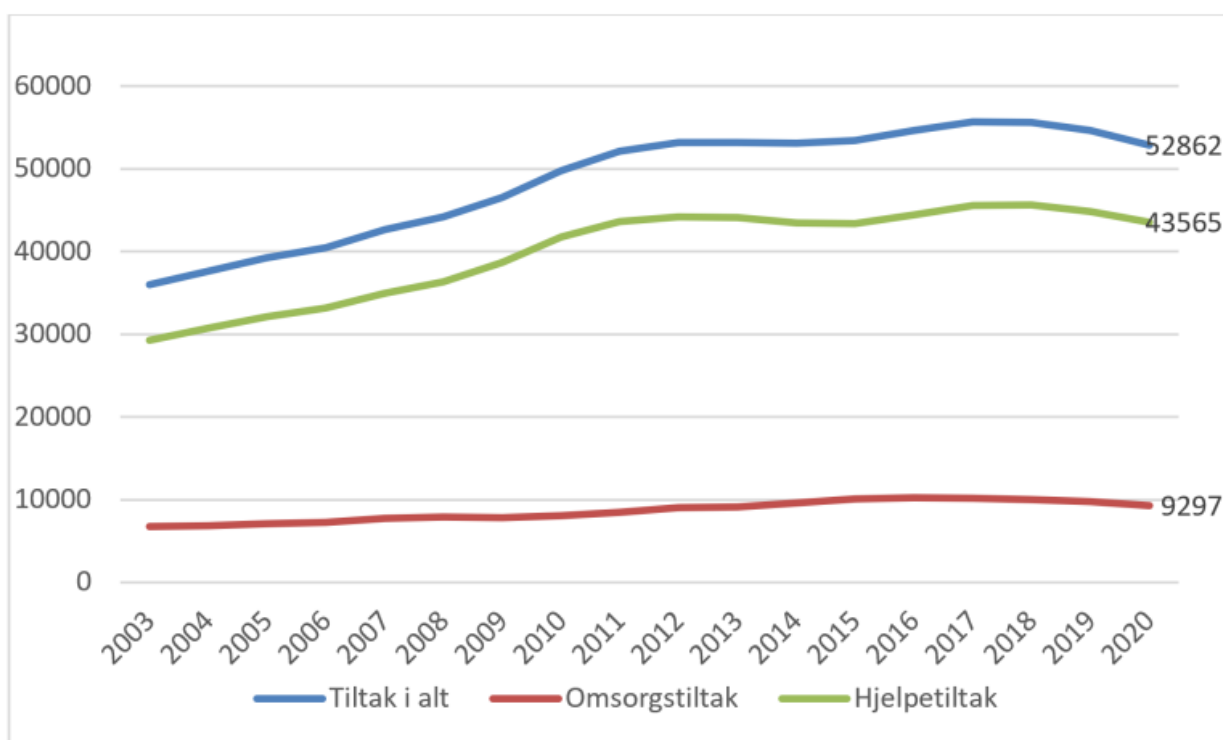
Oppfølgingstjenesten (OT) er en fylkeskommunal tjeneste for ungdom som har rett til videregående opplæring, men som av ulike grunner ikke er i videregående opplæring eller arbeid. Formålet med tjenesten er å sørge for at ungdommer i målgruppa gis tilbud om opplæring, arbeid eller andre kompetansefremmende tiltak. I juni 2021 var 13 400 ungdommer registrert i oppfølgingstjenesten. Formålet med oppfølgingstjenesten er å sørge for at ungdom i målgruppa får tilbud om opplæring, arbeid eller andre

kompetanse-fremmende tiltak. I skoleåret 2020–21 har 40 prosent av ungdommene begynt i opplæring, jobb eller tiltak etter å ha vært i kontakt med oppfølgingstjenesten³⁷. Over flere år har det vært en trend at færre ungdommer er utenfor opplæring og arbeid. Fra 2012 har tallet på ungdommer i oppfølgingstjenesten gått ned fra 20 200 til 13 400 ungdommer. Dette tilsvarer en nedgang på nærmere 7 000 ungdommer eller 33 prosent (Utdanningsdirektoratet).

5.6.2. Barn med tiltak fra barnevernet

Over tid har stadig flere barn og unge fått tiltak fra barnevernet, men de siste årene har antallet holdt seg relativt stabilt, og er noe redusert. De fleste som får hjelp av barnevernet, mottar hjelpetiltak i hjemmet. Hjelpetiltakene skal være med på å øke foreldrekompentansen, kompensere for mangler i omsorgen eller avlaste foreldrene. De øvrige barna er plassert utenfor hjemmet - enten i barnevernsinstitusjon, fosterhjem eller i bolig med oppfølging. Plassering av barn og unge utenfor hjemmet er bare aktuelt dersom barnevernets hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig for å sikre barnet en forsvarlig omsorgssituasjon. Det har vært en nedgang i antall barn med plasseringstiltak i senere år. Nedgangen skyldes flere forhold, slik som nedgang i antall barn som barnevernstjenesten overtar omsorgsansvaret for, nedgang i antall akutt plasseringer og færre enslige mindreårige flyktninger som bosettes i barnevernstiltak.

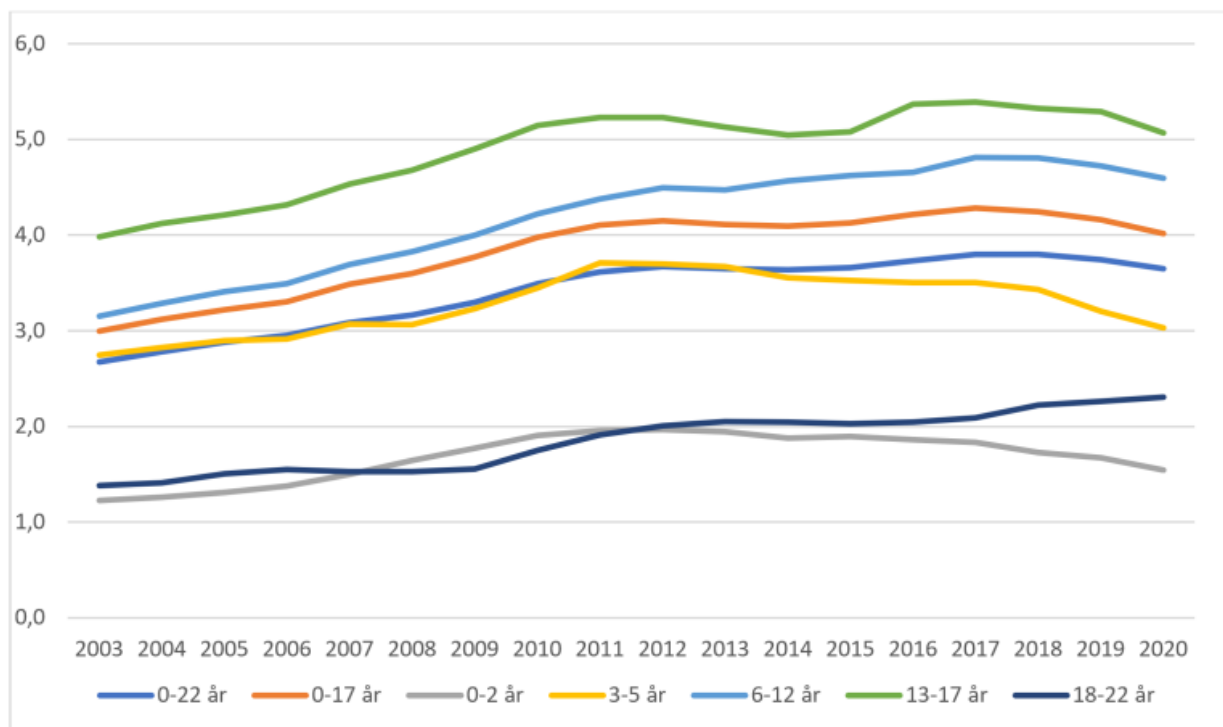
Statistikk om utviklingen i barnevernet viser videre flere positive trekk. Barnevernets hjelpetiltak i hjemmet ser ut til å være mer målrettet mot å veilede foreldre til bedre omsorgsevne, og færre barn er plassert utenfor hjemmet. Blant barn som må flyttes ut av hjemmet, får stadig flere bo hos noen de kjenner fra før i slekt eller nettverk.



Figur 5-11. Antall barn og unge 0-22 år med barnevernstiltak i løpet av året, fordelt etter omsorgstiltak og hjelpetiltak. 2003-2020. SSB tabell 09050.

I 2020 var det ca. 53 000 barn og unge som fikk hjelp av barnevernet. Sammenlignet med 2019, fikk omtrent tre prosent færre barn og unge tiltak fra barnevernet i 2020. Andelen med hjelpetiltak i hjemmet har vært stabil den siste femårsperioden, og utgjorde 72 prosent av alle barna med barnevernstiltak i 2020.

Det er verdt å merke seg at antallet barn og unge som er i kontakt med barnevernet gjennom sin oppvekst, er betraktelig høyere enn hva det årlige tallet gir inntrykk av. Selv om antall barn med tiltak totalt sett er redusert, fortsetter tallet på unge med ettervernstiltak å øke. Det vil si at en større andel av de som har fått hjelp fra barnevernet før de fyller 18, får videre oppfølging i årene etterpå også. Kommunenes ansvar for ungdom i barnevernet etter at de er fylt 18 er presisert i barnevernsloven, og fra 2021 har aldersgrensen for ettervernstiltak økt fra 22 til 25 år.



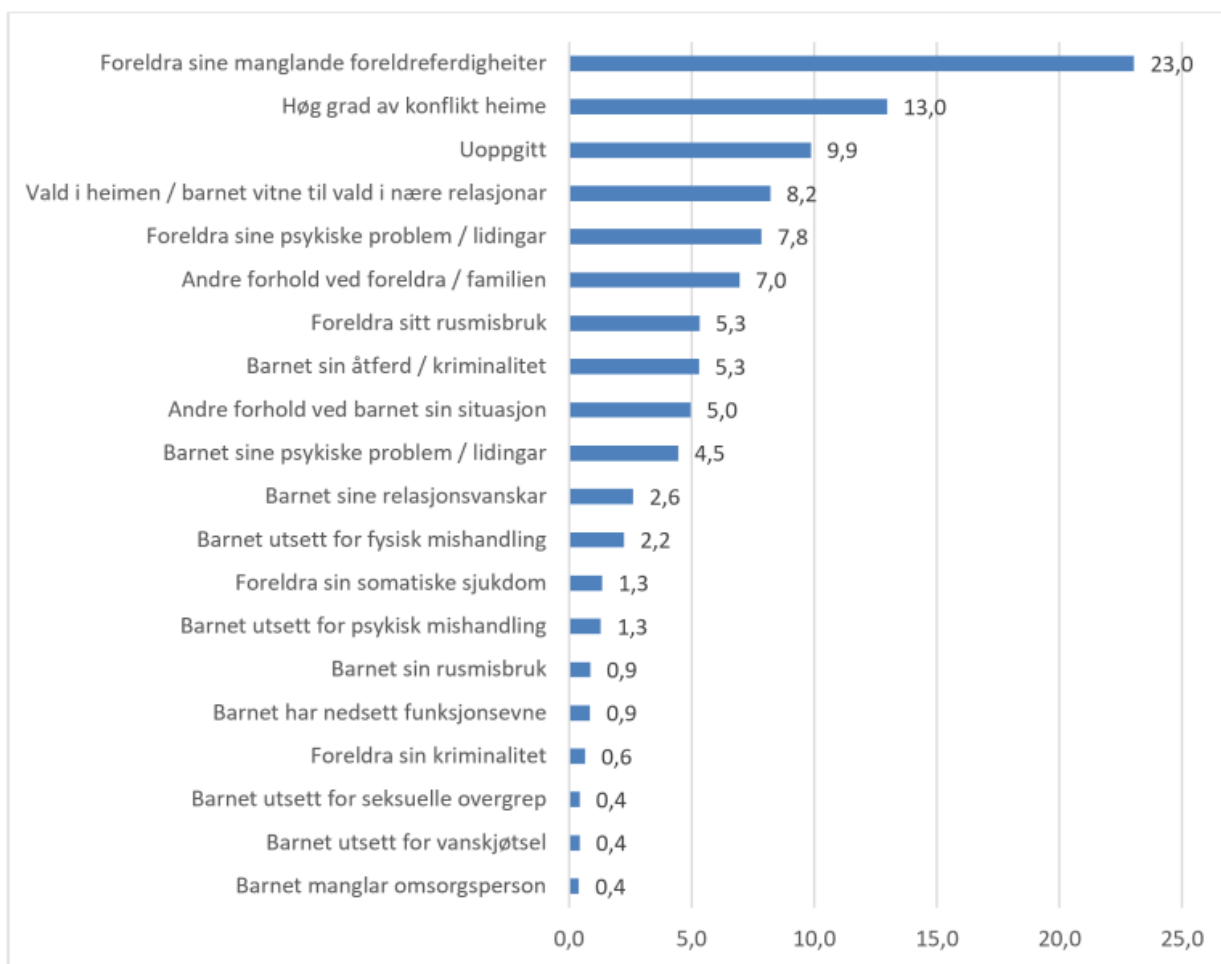
Figur 5-12. Andel barn og unge med tiltak fra barnevernet i løpet av året, fordelt på aldersgrupper.

Kilde: SSB Barnevernsstatistikk og SSB Folkemengde (tabell 07459).

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

Årsaker til tiltak

Mange av foreldrene til barn og unge som får hjelp av barnevernet, har store utfordringer i livet som påvirker deres muligheter til å gi god omsorg. Foreldrenes manglende foreldreferdigheter var den vanligste årsaken til at nye barn kom inn i barnevernet i 2020.



Figur 5-13. Årsak til at nye barn fikk tiltak fra barnevernet i løpet av året³⁸. Prosent. Kilde: SSB/Barneverns-statistikk, Tabell 10663

De senere årene har det skjedd en dreining i retning av at stadig flere av hjelpetiltakene som gis til barn og familier er rettet mot å styrke foreldreferdighetene og øke samarbeidet med andre tjenester. Samtidig har tiltak som er rettet mot å styrke barnets utvikling blitt redusert. Dette er en del av en ønsket utvikling. Ved å målrette tiltakene mer mot veiledning av foreldre, kan man få til en varig endring der foreldre selv klarer å ivareta omsorgen for barna sine på en god måte.

Bekymringsmeldinger

Barnevernstjenesten har over tid mottatt stadig flere bekymringsmeldinger. Siden 2013 har det vært en jevn økning i antall barn med bekymringsmelding i barnevernet. I 2019³⁹ gikk barnevernstjenesten gjennom omtrent 58 000 meldinger for 50 000 barn under 18 år.

I forskningsrapporten «Meldinger til barnevernet» er det gjennomgått nærmere 1400 meldinger. Rapporten finner at barnevernstjenesten har kjennskap til halvparten av barna det meldes bekymring om. Omtrent to tredjedeler av meldingene kjennetegnes ved at meldingen er utløst av en bekymring som har bygget seg opp over tid, der årsakene til bekymringen er sammensatte. Bekymringene knytter seg både til barnets utvikling og foreldrenes omsorg, samt til forhold i familie og nærmiljø.

Denne grundige gjennomgangen av bekymringsmeldinger viser at det sjelden kun er én årsak til at det meldes bekymring. Dette ser vi også i barnevernsstatistikken. I 2019 oppga barnevernstjenesten over 92 000 årsaker til de 58 000 meldingene som ble gjennomgått det året.

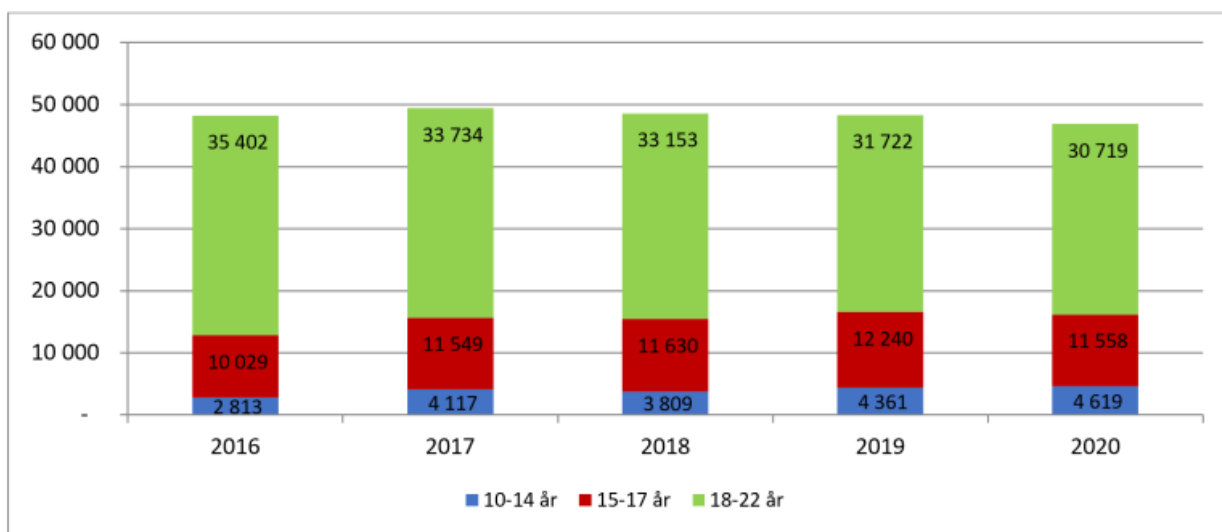
Barneverntjenesten selv og politiet står for de fleste bekymringsmeldinger til barnevernet. Til sammen sendte de i overkant av 17 000 meldinger i 2019, noe som tilsvarer 14 prosent av alle meldinger til barnevernet det året. Skolen står også for en stor del av bekymringsmeldingene, totalt 12 prosent i 2019. En grunn til at politiet melder såpass hyppig, kan være at det er rutiner for å melde om mulige bekymringsverdige forhold når politiet har kontakt med et barn eller ungdom i forbindelse med patruljering eller etterforskning. Dette understøttes av at 35 prosent av meldingene fra politiet henlegges.

Barnehagen har de siste årene ikke stått for mer enn 5 prosent av alle meldinger, men samtidig står de for 20 prosent av meldingene om barn fra 3 til 5 år. Barnehagen er dermed den viktigste melder for denne aldersgruppen, etterfulgt av barnevernstjenesten (16 prosent) og politiet (11 prosent).

Det er også mange foreldre som melder til barnevernstjenesten om problematiske forhold rundt barnet sitt. I 2019 mottok barnevernstjenesten over 4 600 meldinger fra foreldre om egne barn. Det tilsvarer i underkant av 8 prosent av alle meldinger det året.

5.6.3. Kriminalitet blant barn og unge

Fra 2016 til 2020 har det vært en nedgang i den registrerte kriminaliteten der barn og unge fra 10-22 år ble mistenkt, siktet eller domfelt for lovbrudd. I 2016 var antall registrerte straffbare forhold blant barn og unge fra 10-22 år i overkant av 48 200, mens det i 2020 var registrert i underkant av 46 900 forhold, se figur 5-18. 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.



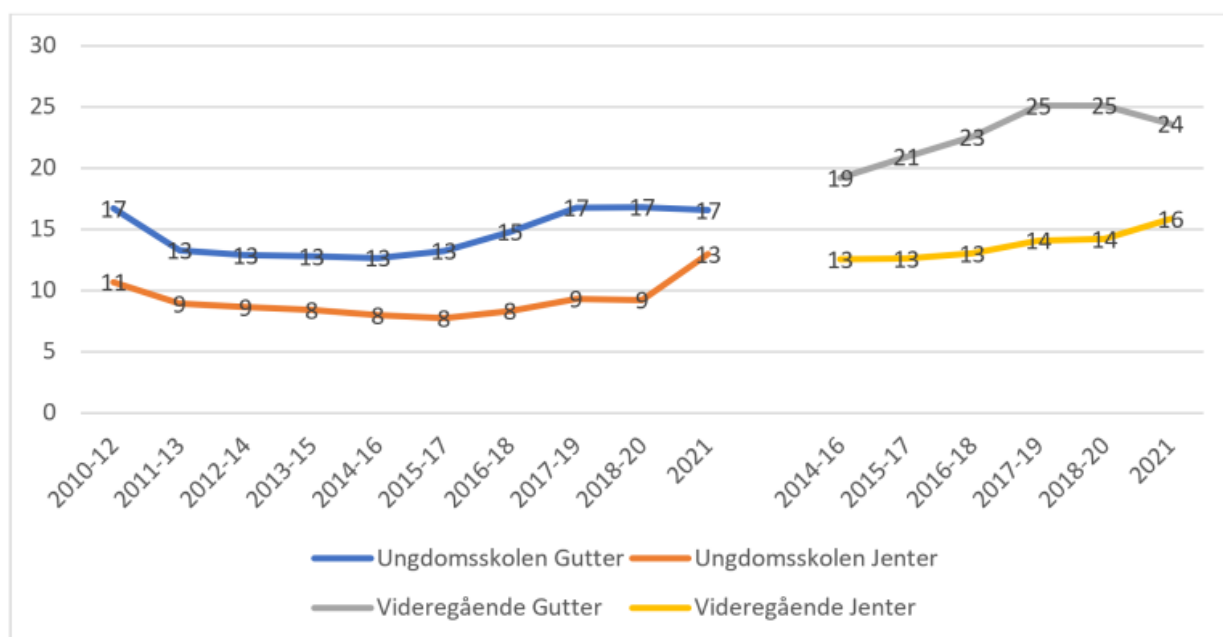
Figur 5-14. Antall registrerte straffbare forhold i Norge blant barn og unge 10-22 år. Barn og unge som er registrert mistenkt, siktet eller domfelt for straffbare forhold. 2016-2020. Kilde: PAL STRASAK

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 2020, stod guttene for 84 prosent av lovbruddene. Denne andelen har vært stabil de siste fem årene.

I 2020 ble om lag 3 050 unge i aldersgruppen 10-14 år registrert med i overkant av 4 600 straffbare forhold, og om lag 6 100 unge i aldersgruppen 15-17 år ble registrert med i underkant av 11 600 straffbare forhold. Dette bekreftes av Ungdataundersøkelsen som viser en svak økning de siste årene i andelen unge som sier de har blitt truet med vold eller fått sår eller skade på grunn av vold. Økningen i registrert voldskriminalitet er særlig tydelig blant gutter i alderen 15 til 17 år.

For aldersgruppen 10-14 år var det registrert flest forhold innen vinningslovbrudd, og for aldersgruppen 15-17 år var voldslovbrudd det mest registrerte forholdet. I aldersgruppen 18-22 år ble i underkant av 15 000 unge registrert med om lag 30 700 straffbare forhold i 2020. I denne aldersgruppen var trafikklovbrudd det mest registrerte forholdet. En mulig forklaring på økningen av vold kan være at sosiale medier og filming av voldsepisoder kan forsterke allerede eksisterende konflikter. Sosial ulikhet og fattigdom trekkes også frem av forskeren som en mulig forklaring på økningen

I Ungdataundersøkelsen er det syv spørsmål knyttet til regelbrudd. Ungdommen blir spurt om hvor mange ganger i løpet av det siste året den enkelte har vært med på handlinger som enten regnes som lovbrudd (nasking, hæverk eller tagging) eller andre former for regelbrudd (som å snike seg inn uten å betale, snike seg ut hjemmefra om natten, slåssing eller skulking). Spørsmålene har vært med i undersøkelsen siden starten i 2010 noe som gir et godt grunnlag til å sammenligne over tid.

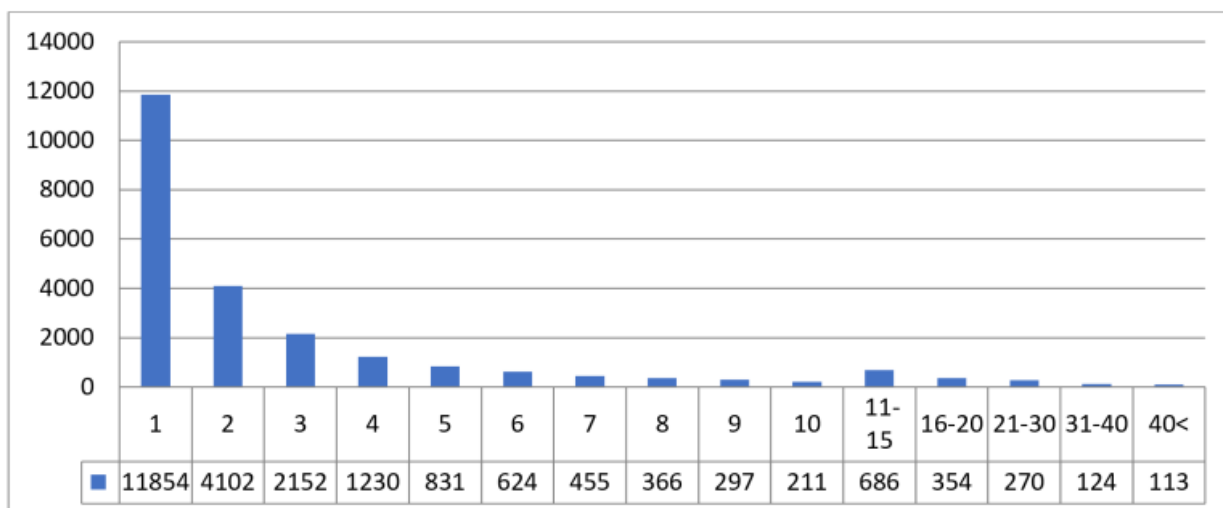


Figur 5-15. Andel som har begått mange regelbrudd i løpet av det siste året. Ungdomsskole og videregående. Utvikling over tid etter kjønn. Kilde: Ungdata 2021

Ungdom som havner i kategorien "begått mange regelbrudd" er de som har begått de fleste av disse regelbruddene og gjerne flere ganger.

Figur 5-16 viser en oversikt over gjentagende kriminalitet for barn og unge fra 10-22 år som var mistenkt, siktet eller domfelt med minst et straffbart forhold i 2020. Personene er fulgt tilbake til 2008. Totalt omfatter datamaterialet nærmere 23 700 barn og unge. Majoriteten av barn og unge som blir anmeldt for et straffbart forhold blir kun anmeldt for dette ene forholdet. Som figuren viser, var om lag 11 850 barn og unge registrert med kun ett straffbart forhold. I overkant av 4 100 barn og unge var registrert med to forhold, og om lag 2 150 barn og unge var mistenkt, siktet eller domfelt for tre forhold. Antallet barn og unge som var registrert med fire til ti forhold var jevnt synkende.

Barn og unge som var registrert med tre eller flere forhold stod bak 58 prosent av samtlige registrerte forhold med unge gjerningspersoner i 2020. Samtidig er det en liten gruppe barn og unge som begår svært mange kriminelle forhold.



Figur 5-16. Antall barn og unge 10-20 år fordelt på antall registrerte forhold som mistenkt, siktet eller domfelt. * n= 23 669. Kilde: PAL STRASAK

*For alle kategoriene må minst ett av forholdene være registrert i 2020.

³⁴ Paulsen, Thorshaug og Berg (2014). Møter mellom innvandrere og barnevernet- kunnskapsstatus. NTNU Samfunnsforskning. [Rapport](#)

³⁵ Wendelborg og Tøssebro (2010). Marginalisation processes in inclusive education in Norway: a longitudinal study of classroom participation. Disability & Society. vol. 25

³⁶ Utdanningsdirektoratet (2021, 25.juni) Fakta om spesialpedagogisk hjelp og spesialundervisning. <https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/analyser/fakta-om-spesialpedagogisk-hjelp-og-spesialundervi>

³⁷ Udir (2021) Tall fra oppfølgingstjenesten 2021 <https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/statistikk-videregaende-skole/ungdom-utenfor-opplaring-og-ai>

³⁸ I denne grafen 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.

³⁹ Tall for 2020 er foreløpig ikke tilgjengelige.

⁴⁰ Individer som er registrert med flere forhold, og hvor alder ved gjerning faller inn under flere av de ulike aldersgrupperingene, telles i alle aldersgrupperingene de inngår i.

⁴¹ Anders Bakken: Ungdata 2020: Nasjonale resultater. NOVA Rapport 16/20, 2020. Lars Roar Frøyland mfl. [Physical fighting and leisure activities among Norwegian adolescents—Investigating co-occurring changes from 2015 to 2018](#). Journal of Youth and Adolescence, 2020.

Arbeidsliv

Norsk arbeidsliv har gjennom flere tiår vært kjennetegnet av høy sysselsettingsgrad. I de siste årene har imidlertid sysselsettingen gått noe ned. En del av nedgangen kan forklares med aldring av befolkningen. Et særtrekk ved utviklingen i Norge de siste 10-15 årene er en relativ svakere utvikling for menn i yrkesaktiv alder, sammenlignet med flere andre europeiske land. Flere seniorer står lenger i arbeid. Dette er en generell trend, selv om avgangsalderen blir noe påvirket av konjunkturedringer. I 2020 var gjennomsnittlig avgangsalder fra arbeidslivet 65,6 år.

Arbeidstakere med kort utdanning er i større grad eksponert for fysisk og kjemiske belastninger, mens belastningen blant arbeidstakere med lengre utdanning i større grad er knyttet til psykososiale forhold. Om lag én av tre sysselsatte som rapporterer at de har hatt sykefravær lengre enn 14 dager siste året, oppgir at fraværet helt eller delvis skyldes forhold på jobben.

Arbeidslivet ble hardt rammet av pandemien. Den har rammet bredt, men ulikt. Mange ble arbeidsledige, spesielt lavtlønnede som ofte jobber i service-, reiseliv- og transportsektoren. Andre, som helsepersonell og lærere, fikk en langt mer krevende arbeidssituasjon. Hjemmekontor ble en løsning for de som hadde mulighet til å jobbe hjemmefra. Selv om arbeidsledighetene har vært synkende det siste halvåret – kan det nå se ut som den er i ferd med å stabilisere seg på et noe høyere nivå enn tidligere.

6.1

Arbeid og helse

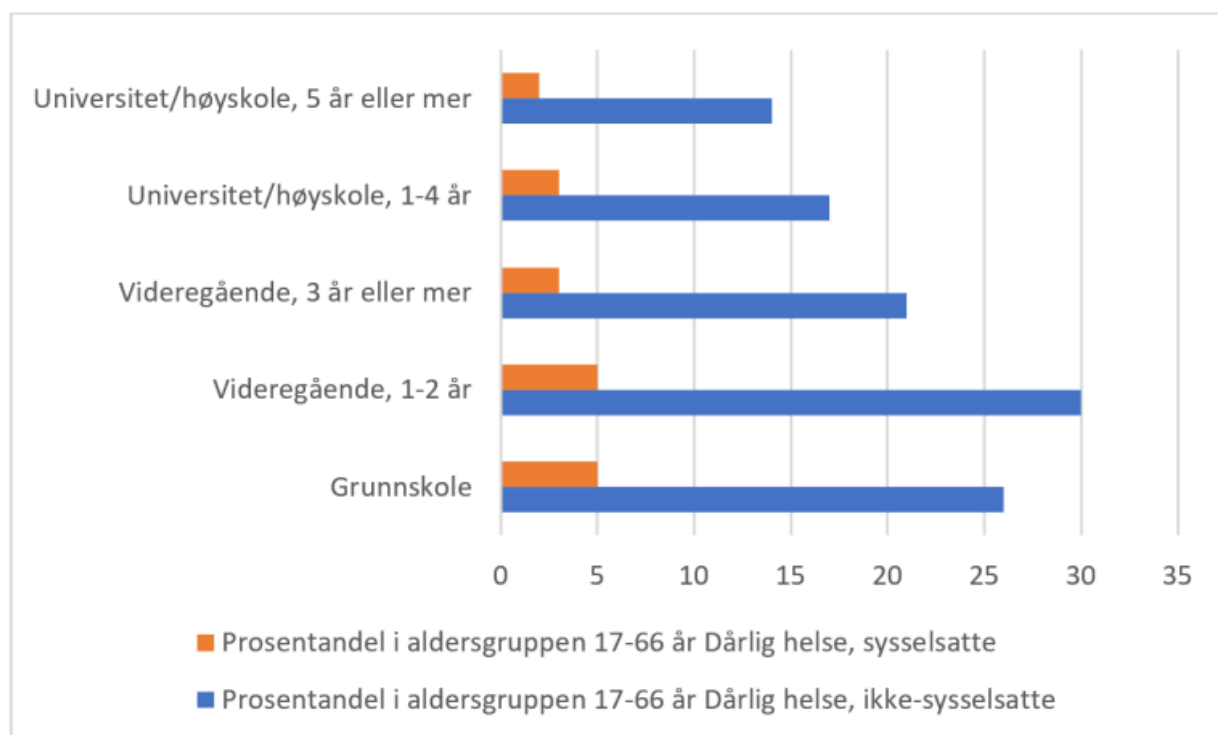
Det å være i arbeid kan være kilde til livskvalitet og god helse, men arbeidet kan også være en kilde til helseskadelige påvirkninger. Forskningen viser en tydelig sammenheng mellom et godt arbeidsmiljø, jobbtillfredshet og bedre helse¹. Gjennom arbeidsdeltagelse inngår man i et sosialt fellesskap og arbeidsoppgavene kan gi mening, mestring og personlig utvikling. I en undersøkelse utført av SSB om livskvalitet og levekår i Norge ble tilknytning til arbeidslivet løftet fram som den faktoren som har størst betydning for opplevelsen av mening².

Sammenliknet med arbeidstakere i Europa, er norske arbeidstakere blant dem som er aller mest fornøyd med forholdene på arbeidsplassen³.

Selv om arbeidsmiljøet i Norge karakteriseres som godt, finnes det fortsatt en rekke arbeidssituasjoner hvor sysselsatte kan bli utsatt for fysiske, kjemiske, mekaniske, psykososiale eller organisatoriske faktorer i arbeidsmiljøet som kan gi grobunn for akutte helseskader eller gradvis utvikling av plager eller sykdommer. Sammenhengene mellom arbeid og helse er sammensatte og mangfoldige, men det er godt dokumentert at arbeidsmiljøforhold har betydning for helse og sykefravær⁴ uførhet⁵, inkluderingsevne⁶, beslutning om pensjoneringstidspunkt⁷ og mulighet for å komme tilbake i arbeid etter lengre tids fravær^{8 9}.

Tendensen til seleksjon ut av arbeidslivet ved nedsatt helse, medfører at arbeidsstyrken i hovedsak vil bestå av personer med god helse. Dette gjelder også i utdanningsgrupper og yrker hvor forekomsten av helseskadelige faktorer i arbeidsmiljøet er relativt høy.

Figur 6-1 viser en utdanningsgradient blant personer i alderen 17-66 år med hensyn til andelen som vurderer helsen sin som dårlig, både blant sysselsatte og blant dem som er utenfor arbeidsstyrken. Flere studier fra Norge underbygger dette mønsteret og indikerer at utdanningsgradienter i helseplager og sykefravær i betydelig grad kan tilskrives forskjeller knyttet til eksponering for ugunstige faktorer i arbeidsmiljøet^{10 11}.



Figur 6-1. Andel i aldersgruppen 17-66 år som oppgir dårlig helse. Etter utdanningsnivå. 2019.

Kilde: Faktabok 2021, LKU-A 2019

¹ Faragher, E.B., M. Cass, and C.L. Cooper, The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occup Environ Med*, 2005. 62(2): p. 105-12.

² SSB, Livskvalitet i Norge 2020. Statistisk sentralbyrå. 2020.

³ Aagestad, C., A.M. Bjerkkan og H.M. Gravseth (2017): Arbeidsmiljøet i Norge og Europa – en sammenligning. Rapport 2017: Statens arbeidsmiljøinstitutt

⁴ Mehlum, I.S. (2011): Hvor mye av sykefraværet er arbeidsrelatert? *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2011; 131: 122-5

⁵ Knardahl, S., H.A. Johannessen, T. Sterud, M. Härmä, R. Rugulies, J. Seitsamo & V. Borg (2017): The contribution from psychological, social, and organizational work factors to risk of disability retirement: a systematic review with meta-analyses

⁶ Schafft, A. og Spjelkavik, Ø. (2017): Arbeidsgiverperspektiver på inkludering: Hva er god inkluderingskompetanse? Rapport 2014:5, Arbeidsforskningsinstituttet

⁷ Bockerman, P. & P. Ilmakunnes (2017): Do good working conditions make you work longer? Evidence on retirement decisions using linked survey and register data. IZA Discussion Paper No.10964, 2017. IZA Institute of Labor Economics: Tyskland

⁸ Det store TTA prosjekt; Proces-, effekt- og økonomisk evaluering, Rapport 2012: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (Danmark)

⁹ Helsepolitisk barometer 2018. Rapport: Kantar TNS.

¹⁰ Sterud, T. and H.A. Johannessen, Do work-related mechanical and psychosocial factors contribute to the social gradient in long-term sick leave: a prospective study of the general working population in Norway. *Scand J Public Health*, 2014. 42(3): p. 329-34.

¹¹ Sterud, T., H.A. Johannessen, and T. Tynes, Do Work-Related Mechanical and Psychosocial Factors Contribute to the Social Gradient in Low Back Pain: A 3-Year Follow-Up Study of the General Working Population in Norway. *Spine*, 2016. 41(13): p. 1089-95

6.2

Kjennetegn ved det norske arbeidsmarkedet

Norsk arbeidsliv har gjennom flere tiår vært kjennetegnet av høy sysselsettingsgrad, sammenlignet med andre land i Europa. I de siste årene viser imidlertid Eurostat-tall¹² at sysselsettingen i Norge har gått noe ned og at flere land i Europa har passert Norge. En del av nedgangen kan forklares med aldring av befolkningen. Selv om flere eldre er sysselsatt nå enn tidligere, er sysselsettingsandelen blant de eldste fortsatt mye lavere enn i yngre aldersgrupper. Dette medfører at sysselsettingen totalt sett går ned som følge av at vi blir flere eldre¹³.

Et særtrekk ved utviklingen i Norge, de siste 10-15 årene er en relativ svakere utvikling for menn i de mest yrkesaktive delene av livet enn i flere andre europeiske land. Mens sysselsettings-andelen blant norske menn i alderen 25–54 år var høyere enn gjennomsnittet for OECD gjennom store deler av 2000- og 2010-tallet, lå den om lag 1½ prosentpoeng under gjennomsnittet for OECD i 2019. Dette har bl.a. sammenheng med den særnorske konjunkturedgangen som følge av oljeprisfallet i 2014¹⁴. Det anses som et alvorlig problem at mange i arbeidsfør alder står utenfor arbeidslivet i Norge. Ifølge OECD har Norge høyest andel av personer på varige og midlertidige helserelaterte ytelser og høyest sykefravær blant landene i OECD.

Tall fra Eurostat 2020 viser at Norge fortsatt er blant de landene i Europa med høyest andel kvinner i arbeidslivet sammen med Island, Sverige, Sveits og Tyskland. SSBs arbeidskraftsundersøkelse (AKU)¹⁵ viser at det i 2.kvartal 2021 var 71,5 prosent menn og 66,3 prosent kvinner sysselsatt i Norge i alderen 15-74 år. Andelen heltidsarbeidende kvinner var 64,7 prosent mot 84,4 prosent for menn. Deltidstallene ser ut til å ha holdt seg stabile for både kvinner og menn siden 2017.

I 2020 var 29,6 prosent av alle i alderen 15 – 74 år utenfor arbeidsstyrken¹⁶. Av disse var 32 prosent alderspensjonister og 27 prosent arbeidsuføre. 26 prosent i aldersgruppen er under utdanning og 3 prosent er hjemmearbeidende. (SSB tabell 11755)

Bemerk at de som er registrert som arbeidsledige, som mottar sykepenges eller som er delvis i arbeid, regnes som en del av arbeidsstyrken. I OECDs siste landrapport om Norge pekes det på at vi skårer dårligere enn OECD-snittet når det gjelder å inkludere personer med funksjonsnedsettelse i arbeidslivet.

I 2020 satte koronaepidemien et sterkt preg på det norske arbeidsmarkedet som i resten av Europa og verden. I løpet av fire uker i mars og april 2020 økte andelen arbeidssøkere registrert hos NAV fra 3,8 til 15,3 prosent av arbeidsstyrken. Dette er den største økningen i arbeidsledighet som noen gang har vært

registrert i Norge. Dette sjokket ser ut til å være over og mange av de som ble permittert eller mistet jobben er nå tilbake i arbeid igjen. Ledigheten ser imidlertid ut til å stabilisere seg på et noe høyere nivå enn tidligere^{17 18}. Ved utgangen av juli 2021 var 5,3 prosent av arbeidsstyrken registrert som arbeidssøkere, mens 3,1 prosent var registrert som helt ledige ifølge NAV. AKU-tallene fra SSB viste en ledighet på 5,1 i juli¹⁹. Det har særlig vært eldre arbeidstakere, personer uten utdanning utover grunnskolenivå og ikke-vestlige innvandrere som har slitt med å komme tilbake til arbeid.

¹² Eurostat [Statistics | Eurostat \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&code=sdg_8_4_1)

¹³ von Brasch/Horgen: Nedgang i sysselsettingen på grunn av flere eldre? SSB/2018 [Nedgang i sysselsettingsandelen på grunn av flere eldre? - SSB](https://www.ssb.no/publikasjoner/rapporter/2018/20180401-nedgang-i-sysselsettingen-pa-grunn-av-flere-eldre)

¹⁴ Barth, Notat til Sysselsettingsutvalgets ekspertgruppe, februar 2019 [3_barth_sysselsettingsutviklingen.pdf \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/notat-til-sysselsettingsutvalget/id2548444) og Perspektivmeldingen 2021

¹⁵ SSB. 2021. Arbeidskraftundersøkelsen. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/arbeidskraftundersokelsen>

¹⁶ SSB tabell 05111 Personer, etter kjønn, arbeidsstyrkestatus og alder <https://www.ssb.no/statbank/table/05111>

¹⁷ Gjerde et.al. utviklingen på arbeidsmarkedet <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd/utvik>

¹⁸ Horgen, [Antall sysselsatte på nivå med før koronakrisen \(ssb.no\)](https://www.ssb.no/publikasjoner/rapporter/2020/20200401-antall-sysselsatte-pa-niva-med-for-koronakrisen)

¹⁹ Mange som ikke har rett på en ytelse mens de søker jobb vil ikke registrere seg ledig hos NAV, men kan likevel svare i AKU at de søker jobb. Dette gjelder mange unge og også studenter. Derfor er AKU-tallet vanligvis en god del høyere enn NAV-tallene. Det som trekker i motsatte retning er permitterte, som regnes som ledige hos NAV, men sysselsatte i de første månedene hos SSB. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/hvorfor-ulike-arbeidsledighetstall--410344>

6.3

Kjennetegn ved arbeidsmiljø og helse i Norge

Arbeidsmiljø er knyttet til hvordan man organiserer, planlegger og gjennomfører arbeidet, og arbeidsmiljøet er dermed forskjellig fra arbeidsplass til arbeidsplass. Kunnskap om hvilke arbeidsmiljøfaktorer som påvirker arbeidshelsen og arbeidsrelatert sykefravær, og om hva som skal til for å forebygge og fremme god helse og jobbensgjement, er et av flere viktige fokusområder for å opprettholde et bærekraftig arbeidsliv, fremme helse og livskvalitet.

De aller fleste sysselsatte i Norge arbeider under trygge og forsvarlige forhold. Men det vil alltid være en risiko for å bli utsatt for eksponering som kan gi helseplager og skader. Graden av eksponering henger sammen med type yrke og utdanningsnivå. Kjønnssdelingen i arbeidslivet gjør også at menn og kvinner gjerne må håndtere ulike arbeidsmiljøutfordringer avhengig av yrke og hvilke arbeidsoppgaver de utfører.

Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø- og helse (NOA) ved Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) har utviklet en rekke indikatorer som beskriver arbeidsmiljø og helse. Indikatorene er basert på tilgjengelige datakilder

og gjør det mulig å følge utviklingen i arbeidsmiljøet i Norge over tid. Indikatorene dekker ulike sider av arbeidsmiljøet, som psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø, fysisk og kjemisk arbeidsmiljø, mekaniske belastninger, sykefravær/uførhet, ulykker/skader samt en rekke andre helseutfall.

De fleste av indikatorene oppdateres hvert tredje år, og de presenteres både på nett og i en egen Faktabok om arbeidsmiljø og helse, sist utgitt juni 2021²⁰. Den viktigste datakilden er Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø (LKU-A)²¹. Dette er en spørreundersøkelse som foretas av SSB hvert tredje år, og siste undersøkelse ble gjennomført i 2019. Det er med andre ord i hovedsak status for 2019 som beskrives, altså i en «normaltilstand» før pandemien.

6.3.1 Arbeidsmiljøforhold

Norsk arbeidsliv kjennetegnes både av høye krav og omstillinger, samtidig som de fleste arbeidstakere opplever stor grad av selvbestemmelse og gode utviklingsmuligheter.

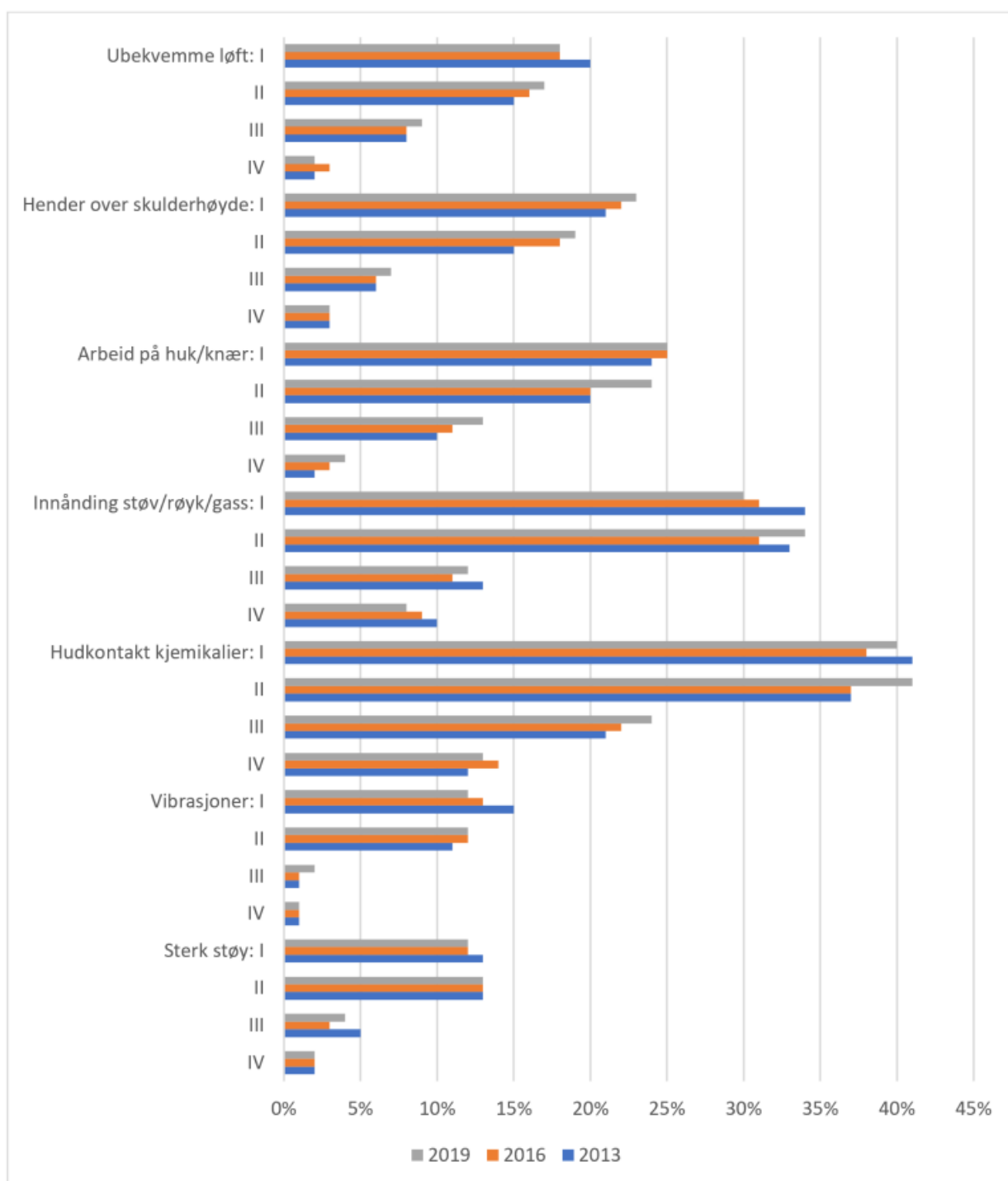
De største endringene i det psykososiale arbeidsmiljøet den siste treårsperioden er en økning i andelen som rapporterer om omorganiseringer, rollekonflikter og ubalanse mellom innsats og belønning. I samme periode har andelen som opplever lite støttende ledelse vært uendret. Samtidig indikerer dataene en svak økning over tid i andelen som rapporterer om mobbing og uønsket seksuell oppmerksomhet. Når det gjelder mekaniske, fysiske og kjemiske arbeidsmiljøfaktorer er de fortsatt utbredt i norsk arbeidsliv, selv om forekomsten av slike eksponeringer samlet sett har hatt en nedadgående trend de siste 20 årene. Særlig høy forekomst av flere mekaniske eksponeringer finner vi i bygg- og anleggsyrker, yrker innen jordbruk og skogbruk og også innen barnehage og helse- og omsorgsykker. I tillegg er enkelte serviceyrker som frisør, renholder og kokk/kjøkkenassistenter utsatt for mekaniske arbeidsmiljøeksponeringer i sitt arbeid. Kontakt med kjemiske og biologiske stoffer og materialer som kan forårsake sykdommer og helseplager er fortsatt utbredt i enkelte grupper av norsk arbeidsliv.

Indikatorer:

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

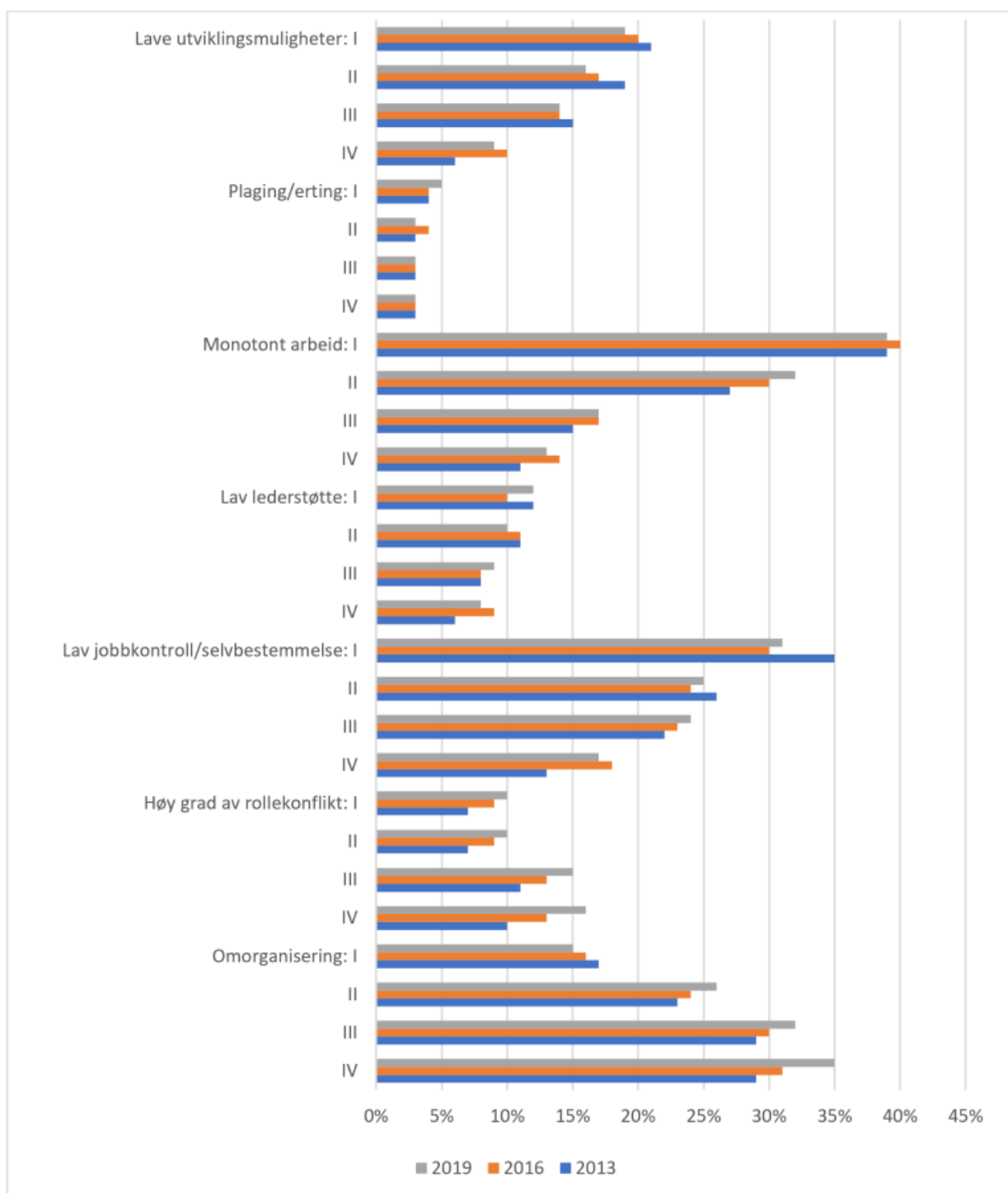
Figurene nedenfor viser forekomst og endring av et bredt spekter arbeidsmiljøforhold etter utdanningslengde i perioden 2009-2019. Tallene viser at ulike eksponeringsfaktorer ofte henger sammen; jobbkontroll er en risikofaktor som også kan ha betydning for andre typer eksponeringer. Mange av de som rapporterer tungt fysisk arbeid og/eller er utsatt for støv og støy rapportere også om lav jobbkontroll/selvbestemmelse. Å sikre sunne arbeidsmiljøer for alle vil kunne bidra til å redusere sosiale helseforskjeller.

Figur 6-2 viser en nedgang i flere av de helseskadelig eksponering for kjemiske, fysiske og mekaniske risikofaktorer i arbeidsmiljøet i Norge. Figuren viser videre at det er en gradient i graden av eksponering; grupper med kortere utdanning har høyere forekomst for flere eksponeringer enn grupper med lengre utdanning.



Figur 6-2. Andel som oppgir ulike fysiske, mekaniske og kjemiske arbeidsmiljøfaktorer, etter utdanningsnivå 2013-2019. Kilde: STAMI/NOA, LKU-A 2019. Utdanningsgrupper: I: Grunnskole, II: Videregående, III: Universitet/Høyskole 1-4 år, IV: Universitet/høyskole 5 år eller mer.

Figur 6-3 viser vi utviklingen i andelen som oppgir psykososiale arbeidsmiljøforhold i samme periode og her er bilde mer sammensatt. Gruppen med lengst utdanning rapporterer oftere om omorganiseringer og rollekonflikter enn de øvrige utdanningsgruppene. Mens når det gjelder opplevelsen av lav jobbkontroll (selvbestemmelse), lav lederstøtte, monotont arbeid få utviklingsmuligheter og mobbing så er det en sosial skjevfordeling der de med lavere utdanning er mest utsatt.



Figur 6-3 .Andel som oppgir ulike organisatoriske og psykososiale arbeidsmiljøforhold, etter utdanningsnivå 2013-2019. Kilde: STAMI/NOA, LKU-A 2019. Utdanningsgrupper: I: Grunnskole, II: Videregående, III: Universitet/Høyskole 1-4 år, IV: Universitet/høyskole 5 år eller mer.

Pandemiens påvirkning på arbeidsmiljø

Pandemien har påvirket liv, helse, økonomi og arbeidsplasser i Norge. Den har også hatt konsekvenser for arbeidsmiljøet. I grove trekk kan man dele konsekvensene av pandemien inn i de konsekvensene som antakelig er midlertidige og de som kan bli langsiktige og kanskje varige. Det som foreligger av data og empirisk forskning på de kortsiktige konsekvensene av pandemien er svært begrenset, mens de langsiktige konsekvensene av pandemien på arbeidsmiljø og helse fortsatt er usikre.

Selve pandemien har påvirket arbeidsmiljøet for de fleste, og det er særlig tre aspekter som er framtrepende i ulik grad i ulike næringer:

- økt jobb-usikkerhet og mindre forutsigbarhet
- økt smittefare og endringer i arbeidsinnhold i yrker med kritiske samfunnsfunksjoner
- fjernarbeid og hjemmekontor i store deler av arbeidslivet

Utbredelsen av hjemmekontorordninger har i liten grad vært kartlagt i norsk arbeidsliv tidligere og ble kartlagt for første gang i Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø i 2019. Det er lite som tyder på at fjernarbeid har vært særlig utbredt tidligere. Før pandemien hadde om lag halvparten av alle sysselsatte anledning til å jobbe hjemmefra enten hele dagen eller utenom ordinær arbeidstid. Blant disse svarte om lag 11 prosent at de arbeidet hele arbeidsdagen hjemmefra minst én dag i uka. Undersøkelser fra det siste året anslår imidlertid at nær alle med mulighet til å ha hjemmekontor, anslagsvis 40 prosent av arbeidstakerne, ble pålagt hjemmekontor på grunn av pandemien²². Andelen som jobber hjemme varierer betydelig med utdanningsnivå og næring. Så mange som 70 prosent svarer i en fersk undersøkelse utført ved Oslo Met at de etter pandemien ønsker å jobbe hjemmefra én dag i uken eller mer²³.

Muligheter for økt fleksibilitet med hensyn til når og hvor man jobber, er løftet fram som en mulig positiv effekt av digitalisering. Undersøkelse blant arbeidstakeren²⁴ viser også at de som jobber hjemmefra ser ut til å ha en høy grad av arbeidstidskontroll. Foruten mulighet til å jobbe uforstyrret kan økt fleksibilitet med hensyn til å velge når og hvor man jobber i beste fall bidra til å skape bedre balanse mellom arbeid og andre arenaer i livet. Tidsbesparelser pga. redusert/ingen reisetid til jobb er også trukket frem. Det er imidlertid viktig at man har muligheter for å sette en grense for når og hvor mye man skal jobbe. Når arbeid flyter sammen med andre områder i livet, kan dette føre til økt arbeidsbelastning på grunn av større ansvar, konstant tilkobling til arbeid og tap av faste strukturer. En slik ubalanse mellom arbeid og privatliv representerer en vanskelig rollekonflikt der prioritering av én rolle kan gå på bekostning av den andre²⁵.

6.3.2 Arbeidsrelaterte plager og sykdommer

I Norge har vi gode helseregistre og oversikt over befolkningens helse. Det er likevel en stor utfordring å følge utviklingen i arbeidsrelaterte plager og sykdommer, siden datagrunnlaget fortsatt er mangelfullt og hovedsakelig selvrapportert og egenvurdert. Om lag én av tre sysselsatte som rapporterer at de har sykefravær (>14 dager) siste året, oppgir at fraværet helt eller delvis skyldes forhold på jobben.

Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2021, viser at selvrapporterte muskel- og skjelettplager og psykiske plager er de vanligste arbeidsrelaterte helseproblemene i befolkningen. I løpet av en måned opplever om lag sju av ti muskel- og skjelettplager, tilsvarende nærmere 1,8 millioner personer. To av fem av disse oppgir at disse plagene helt eller delvis kan tilskrives forhold på arbeidsplassen. Det er spesielt nakke-/skulderplager og korsryggsmerter som er utbredt.

Psykiske plager og lidelser har stor betydning for yrkesdeltagelse, sykefravær og frafall fra arbeidslivet og er årsak til 24 prosent av det legemeldte sykefraværet med over 16 dagers varighet. Én av fem sysselsatte (både arbeidstakere og selvstendige) rapporterer lettere psykiske plager i løpet av en måned, og i underkant av halvparten av disse tilskriver plagene helt eller delvis til situasjonen på arbeidsplassen. Dette tilsvarer 297 000 sysselsatte.

Andelen sysselsatte som oppgir luftveisplager, har ligget rundt 5 prosent de siste fem–ti årene, etter en periode med betydelig nedgang. Andelen med arbeidsrelaterte luftveisplager har fulgt samme utvikling og er om lag 1 prosent. Om lag 13 prosent av de sysselsatte oppgir hudplager, noe som er på samme nivå som for tjue år siden. Andelen med arbeidsrelaterte hudplager er 3 prosent. Totalt har 18 prosent av de sysselsatte opplevd øresus eller nedsatt hørsel den siste måneden. Andelen sysselsatte med

arbeidsrelaterte plager er 5 prosent. Det er en økning i selvrapportert nedsatt hørsel, men objektive målinger viser at færre sysselsatte har nedsatt hørsel nå enn for tjue år siden²⁶.

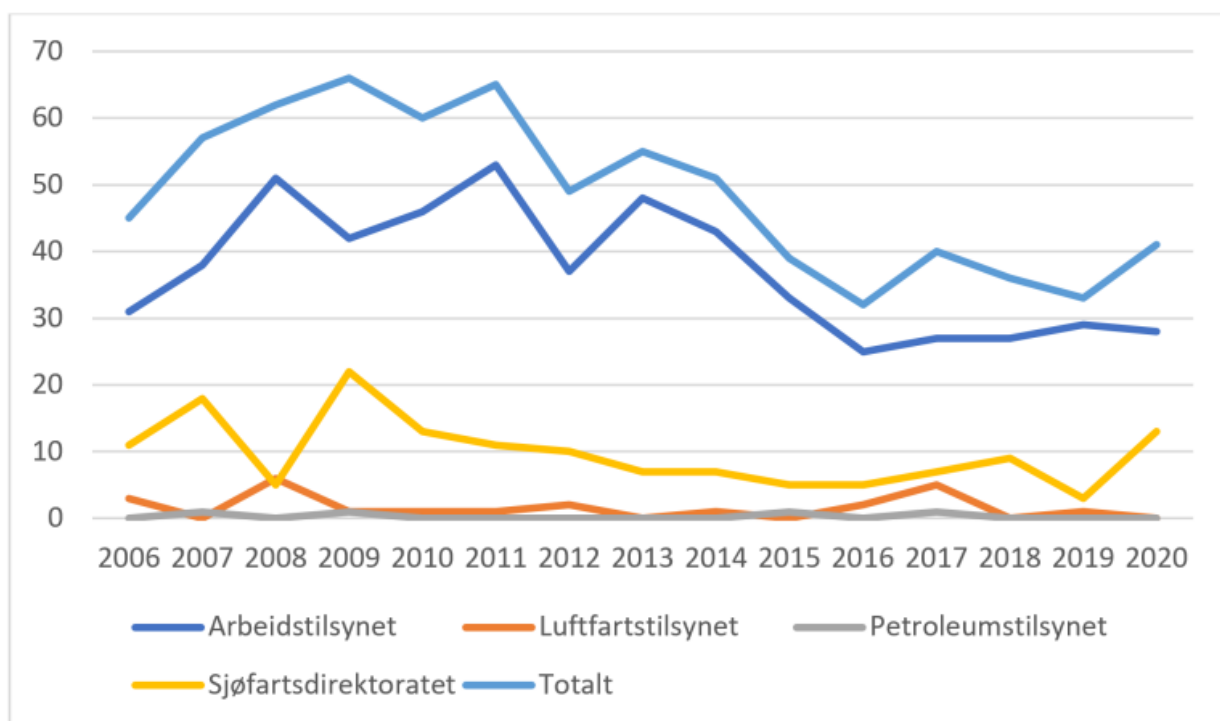
Antall meldinger til Arbeidstilsynets Register for arbeidsrelatert sykdom (RAS) har vist en avtakende tendens de siste årene – fra rundt 3000 meldinger i 2014 til i underkant av 2000 meldinger i 2019. Til sammen ble det i denne perioden meldt inn nær 13 500 tilfeller. Nesten 80 prosent av tilfellene gjelder menn, og om lag 70 prosent av tilfellene gjelder personer som er 45 år eller eldre. Sykdommer i øret-/ørebenknute (i praksis støyskader) er den klart største sykdomsgruppen og utgjør rundt regnet halvparten av alle meldingene. Den nest største gruppen er sykdommer i luftveiene. Deretter følger muskel- og skjelettsykdommer, psykiske lidelser og hudsykdommer.

6.3.3 Arbeidsulykker

Det finnes flere datakilder om arbeidsskader. Beregninger av omfanget av arbeidsskader i Norge varierer betydelig ut fra hvilken datakilde som legges til grunn. Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2021²⁷, viser at arbeidsskader antas å utgjøre ca. 11 prosent av alle skadetilfeller i Norge. Risikoen varierer betydelig mellom ulike yrker og næringer. Unge menn og utenlandske arbeidstakere er særlig utsatt. Skader og ulykker er også omtalt i kapitlet om trygge og helsefremmende miljøer.

Arbeidsskadedødsfall

Arbeidsskadedødsfall er en viktig indikator på risikonivået i arbeidslivet. Figur 6-4 viser utviklingen av registrerte arbeidsskadedødsfall hos de fire tilsynsmyndighetene de siste 15 årene. Mens tallet de første ti årene av perioden stort sett lå på mellom 40 og 60, har det de siste fem årene i hovedsak ligget mellom 30 og 40 dødsfall. I 2020 var tallet 41.



Figur 6-4. Utviklingen av antall arbeidsskadedødsfall per år 2006-2020. Kilde: STAMI. Faktabok 2021

Arbeidstilsynet har gjort egne analyser av arbeidsskadedødsfallene i de fire næringene bygg/anlegg, industri, landbruk og transport²⁸. Analysene viser at ulykker med kjøretøy i bevegelse er den vanligste ulykkestypen i alle næringene med unntak av industri. Dessuten er ulike typer kjøretøy og

anleggsmaskiner involvert i andre ulykkestyper, og kjøretøy er dermed involvert i nesten halvparten av alle dødsulykkene. Tilfeller av å bli klemt eller fanget utgjør til sammen 15 prosent av dødsulykkene. I bygg/anlegg er fallulykker stadig et stort problem. Videre viser analysene at mange dødsulykker inntreffer under avvikssituasjoner eller arbeidsoperasjoner som utføres sjelden.

Ikke-dødelige arbeidsskader

SSB har hatt ansvaret for den nasjonale statistikken over arbeidsskader siden 2014. Statistikken er basert på arbeidsgivers melding til NAV i henhold til folketrygdloven § 13-14. Det blir blant annet registrert hvorvidt skaden er ventet å medføre et «langvarig fravær» eller ikke, da det kun er skader med slikt fravær som skal rapporteres internasjonalt. Langvarig fravær vil i dette tilfellet si et fravær på mer enn tre dager. I perioden 2014-2019 har tallet på registrerte skadetilfeller ligget i området 22 000–24 000. Dette gir en skaderisiko på ca. åtte–ti skadetilfeller per 1000 ansatte per år, med en lett synkende tendens gjennom perioden. Andelen med forventet langvarig fravær ligger på om lag 44–45 prosent av de registrerte skadetilfellene. Antall skademeldinger til NAV i 2019 var 21 991.

6.3.4 Tilsyn og brudd på arbeidsmiljøloven

Arbeidsmiljøloven skal sikre arbeidstakere full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger. Lov- og avtaleverket i norsk arbeidsliv er et viktig rammeverk som skal sikre at alle har et forsvarlig arbeidsmiljø. Forskning har vist at tilsynsvirksomhet fører til økt etterlevelse av lovkrav og bestemmelser²⁹. Arbeidstilsynet har som hovedoppgave å føre tilsyn med virksomhetene for å påse at de følger kravene i arbeidsmiljøloven, og dermed forebygger fysiske og psykiske belastninger, samt arbeidsrelaterte skader og sykdom.

I 2020 gjennomførte Arbeidstilsynet 3725 tilsyn der sentrale krav knyttet til HMS-arbeid er kontrollert³⁰. Det ble avdekket ett eller flere brudd på arbeidsmiljøloven i 40 prosent av disse tilsynene. Tabell 6-1 viser en reduksjon i både antall gjennomførte tilsyn og andel tilsyn med brudd i perioden 2016 - 2020. Brudd følges opp med reaksjon når det vurderes som nødvendig. Bruddene følges først og fremst opp med pålegg (82 prosent). I få tilfeller er det nødvendig å følge opp bruddene med pressmiddel eller gi strengere reaksjoner for å få virksomhetene til å iverksette gjenopprettende tiltak som tvangsmulkt (6 prosent), overtredelsesgebyr (1 prosent) og stans ved overhengende fare (1 prosent). I 2020 var det flest tilsyn i bygge- og anleggsvirksomheter hvor det ble gjennomført 1377 tilsyn, deretter fulgte industri med 653 tilsyn og overnattings- og serveringsvirksomhet med 481 tilsyn.

Tabell 6-1. Antall arbeidstilsyn gjennomført. Andel av tilsyn med brudd og andel av tilsyn med reaksjon. Alle virksomheter 2016–2020 Tallene gjelder ikke arbeidslivskriminalitet

	2016	2017	2018	2019	2020
Antall tilsyn	7877	6687	4987	4909	3725
Andel tilsyn med påvist brudd	48 %	49 %	48 %	42 %	40 %
Andel tilsyn med reaksjon	35%	36%	39%	35%	34%

I tillegg til tilsyn knyttet til HMS-arbeid gjennomfører Arbeidstilsynet tilsyn knyttet til å avdekke arbeidslivskriminalitet og andre tilsyn for å sikre seriøse og anstendige arbeidsvilkår for sysselsatte. I de siste årene har disse tilsynene utgjort over halvparten av tilsynene.

Pandemiens påvirkning på tilsyn

Ikke bare næringer og virksomhetene, men også tilsynsmyndighetene ble rammet av smitteverntiltakene. I forbindelse med covid-19-epidemien fikk Norge en ny koronalov som åpnet for at det kunne gis forskrifter som utfylte, supplerte eller avvek fra arbeidsmiljøloven³¹. Etter mindre tilsynsaktivitet i starten av pandemien, ble tilsynsaktiviteten for å kontrollere om bedriftene overholdt smittevernreglene intensivert mot slutten av perioden³². Brudd på sentrale krav i covid-19-forskriften ble vurdert som brudd på arbeidsmiljølovens krav om et forsvarlig arbeidsmiljø. I 2020 ble det gjennomført 506 koronarelaterte tilsyn med hjemmel i Covid-19-forskriften. Nesten hver tredje bedrift brøt reglene.

De fleste koronarelaterte tilsynene ble gjennomført innen næringene overnatting og servering med 288 tilsyn (57 prosent), bygg og anlegg med 73 tilsyn (14 prosent), varehandel med 50 tilsyn (10 prosent), og industri med 39 tilsyn (8 prosent). Innen overnatting og servering er det gjennomført flest tilsyn og avdekket høyest andel brudd (38 prosent). Brudd ble fulgt opp med reaksjon når det ble vurdert som nødvendig. I 70 prosent av tilsyn med reaksjon ble reaksjonen gitt i form av pålegg og i 5 prosent av tilfellene ble bruddet fulgt opp med tvangsmulkt som pressmiddel for at virksomheten skal innfri pålegg om smittevern.

²⁰ Faktabok om arbeidsmiljø og helse (2021). STAMI-rapport, Oslo. Statens arbeidsmiljøinstitutt. Årgang 22, nr. 4.

²¹ SSB (2020) Arbeidsmiljøundersøkelse om arbeid 2019
<https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/arbeidsmiljo-sykefravaer-og-arbeidskonflikter/statistikk/arbeidsmiljo-level>

²² NOU 2021: 6, Myndighetenes håndtering av koronapandemien — Rapport fra Koronakommisjonen. 2021, Statsministerens kontor: Oslo.

²³ Ingelsrud og Bernstrøm: Hjemmekontor: Utbredelse og sentrale kjennetegn våren 2021. AFI Oslo Met.

²⁴ Ibid

²⁵ Nielsen, M.B. Utfordringer med hjemmekontor og forslag for tilrettelegging av en bedre arbeidshverdag. Ramazzini, 2021; 28(1): 4-7

²⁶ Engdahl B. et. al. Better hearing in Norway: A comparison of two HUNT Cohorts 20 years apart Hear. 2020 Jun 12;42(1):42-52.

²⁷ Faktabok om arbeidsmiljø og helse (2021). STAMI-rapport, årgang 22, nr. 4, Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt

²⁸ Mostue, B.A., M.E. Nordtømme, and S. Winge, Arbeidsskadedødsfall i Norge. Utviklingstrekk 2010-2019, og analyse av årsaksfaktorer i fire næringer. KOMPASS tema nr. 3. 2020, Arbeidstilsynet: Trondheim

²⁹ Johannessen, H.A., et al., Effekter av myndighetstiltak på arbeidsmiljø og helse. En systematisk kunnskapsoppsummering. 2017, STAMI-rapport: Oslo.

³⁰ Årsrapport 2020- En analyse av Arbeidstilsynets innsats i 2020 (2021). Trondheim: Arbeidstilsynet

³¹ NOU 2021: 6, Myndighetenes håndtering av koronapandemien — Rapport fra Koronakommisjonen. 2021, Statsministerens kontor: Oslo

³² Årsrapport 2020- En analyse av Arbeidstilsynets innsats i 2020 (2021). Trondheim: Arbeidstilsynet

6.4

Inkluderende arbeidsliv

Et overordnet mål for samfunnet er at flest mulig kan delta i arbeidslivet og være selvforsørget ved eget arbeid. Dette er også i tråd med samfunnets folkehelsepolitiske mål. Arbeidsmarkedspolitikken skal derfor motvirke arbeidsledighet og legge til rette for et inkluderende arbeidsliv.

Siden 2001 har det vært et samarbeid mellom de ulike regjeringer og partene i arbeidslivet om å arbeide for et mest mulig inkluderende arbeidsliv. Samarbeidet har kommet til uttrykk gjennom de ulike avtalene om et inkluderende arbeidsliv. Den siste IA-avtalen som er inngått for 2019-2022 er rettet mer inn mot utsatte bransjer, men det overordnede målet er fortsatt å skape et arbeidsliv med plass til alle gjennom å forebygge sykefravær og frafall og på denne måten bidra til å øke sysselsettingen.

Det er to nasjonale mål for IA-avtalen:

- **Sykefravær:** Sykefraværsprosenten skal reduseres med 10 prosent sammenlignet med årsgjennomsnittet for 2018.
Flere sektorer, bransjer og virksomheter har et lavt sykefravær. Her er det et mål i seg selv å opprettholde det lave fraværet og fokusere innsatsen på forebyggende arbeidsmiljøarbeid og på å redusere frafall fra arbeidslivet.
- **Frafall:** Frafallet fra arbeidslivet skal reduseres.
Med frafall menes personer i yrkesaktiv alder som ikke kommer tilbake til arbeid etter fravær. Det er vanligvis langtidssykmeldte som går over på arbeidsavklaringspenger og etter hvert til uføretrygd, eller personer som går over til tidligpensjonering.

6.4.1 Pandemiens påvirkning på arbeidslivet

I 2020 satte koronaepidemien et sterkt preg på arbeidslivet. I løpet av fire uker i mars og april 2020 økte andelen arbeidssøkere registrert hos NAV fra 3,8 til 15,3 prosent av arbeidsstyrken. Dette er den største økningen i arbeidsledighet som noen gang har vært registrert i Norge. I 2020 var 666 800 personer registrert ved NAV som arbeidssøker i en kortere eller lengre periode. Til sammenlikning gjaldt dette 276 500 personer i 2019. Ved utgangen av juli 2021 var det registrert 149300 arbeidssøkere hos NAV, noe som utgjør 5,3 prosent av arbeidsstyrken. Arbeidsledigheten har med andre ord gått mye ned siden toppen våren 2020, men er fortsatt betydelig høyere enn før koronakrisen inntraff.

Også sykefraværet økte mer enn foregående år, men med store bransjevise variasjoner. Tall fra Nav viser at det legemeldte sykefraværet i 4. kvartal 2020 gikk opp med 4,3 prosent sammenliknet med 4. kvartal 2019. Det har vært en økning i sykefraværet innen bergverksdrift og utvinning, undervisning, helse- og sosialtjenester og personlig tjenesteyting. Også innen transport/lagring og bygg/anlegg har sykefraværet økt under covid-19. Dette må sees i lys av at fravær ved mistanke om og ved påvist smitte, har vært nødvendig i yrker som må være fysisk til stede på arbeidsplassen for å utføre jobben sin. Samtidig har økt bruk av hjemmekontor hatt en motsatt effekt på sykefraværet i bransjer som hadde mulighet for hjemmekontor som finansiering/forsikring, informasjon/kommunikasjon og offentlig administrasjon.

6.4.2. Arbeidsledighet

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^{33 34}. Mange som registreres som arbeidssøkere er kun arbeidsledige i få måneder.

Arbeidsledigheten steg dramatisk i starten av koronapandemien, men sank også ganske raskt i løpet av månedene etter nedstengningen i mars. Ledigheten har likevel holdt seg vedvarende høy gjennom hele 2020 og så langt i 2021. Mange av de som ble ledige i forbindelse med koronakrisen ble permittert. Permitterte er vanligvis ledig kortere tid enn ordinære arbeidssøkere. Dette er årsaken til at mange har kommet forholdsvis raskt tilbake i arbeid etter at de ble permittert i 2020. I tillegg har dette vært en spesiell nedgangskonjunktur. Det var koronarestriksjoner som gjorde at mange arbeidsplasser måtte nedbemanne/stenge. Straks restriksjonene ble opphevet kunne folk gå tilbake på jobb.

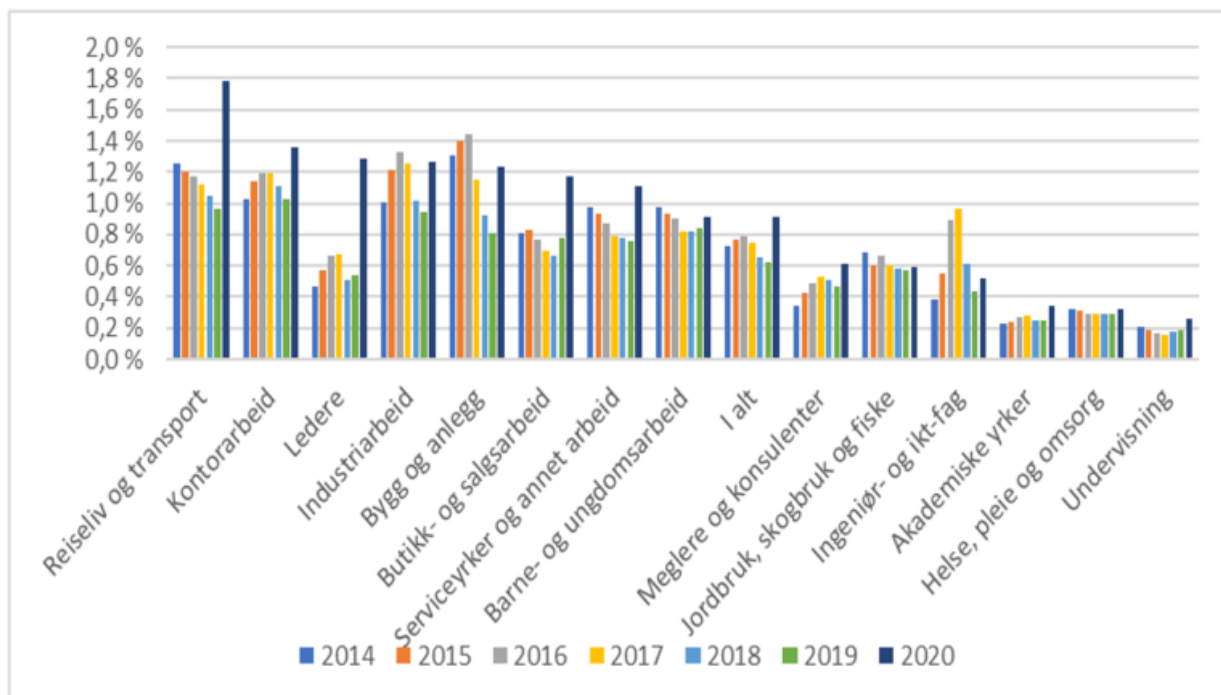
Langtidsledige som andel av arbeidsstyrken økte også i 2020. Blant de som var registrert som helt ledige var det likevel en mindre andel langtidsledige i 2020 enn årene før (18 prosent i 2020 mot 28 prosent i 2018 og 2019). I 2020 var antall langtidsledige til enhver tid i gjennomsnitt 25 800³⁵, mot rundt 18 000 i 2018 og 2019. I 2021 ligger gjennomsnittet fra januar-juli på 34 000 langtidsledige. Til sammenligning var gjennomsnittlig langtidsledige i 2016: 21 900, mens den var på 16 300 i 2013.

Begreper og definisjoner:

- *Helt ledige arbeidssøkere* omfatter alle arbeidssøkere som har vært uten arbeid de siste to ukene.
- *Delvis ledige arbeidssøkere* omfatter alle arbeidssøkere som har hatt arbeid i løpet av de to siste ukene, men som har arbeidet mindre enn normal arbeidstid og som søker arbeid med lengre arbeidstid.
- *Langtidsledige arbeidssøkere* omfatter de som har vært helt uten arbeid i mer enn seks måneder.

Indikator:

- Andel langtidsledige i prosent av arbeidsstyrken etter yrke



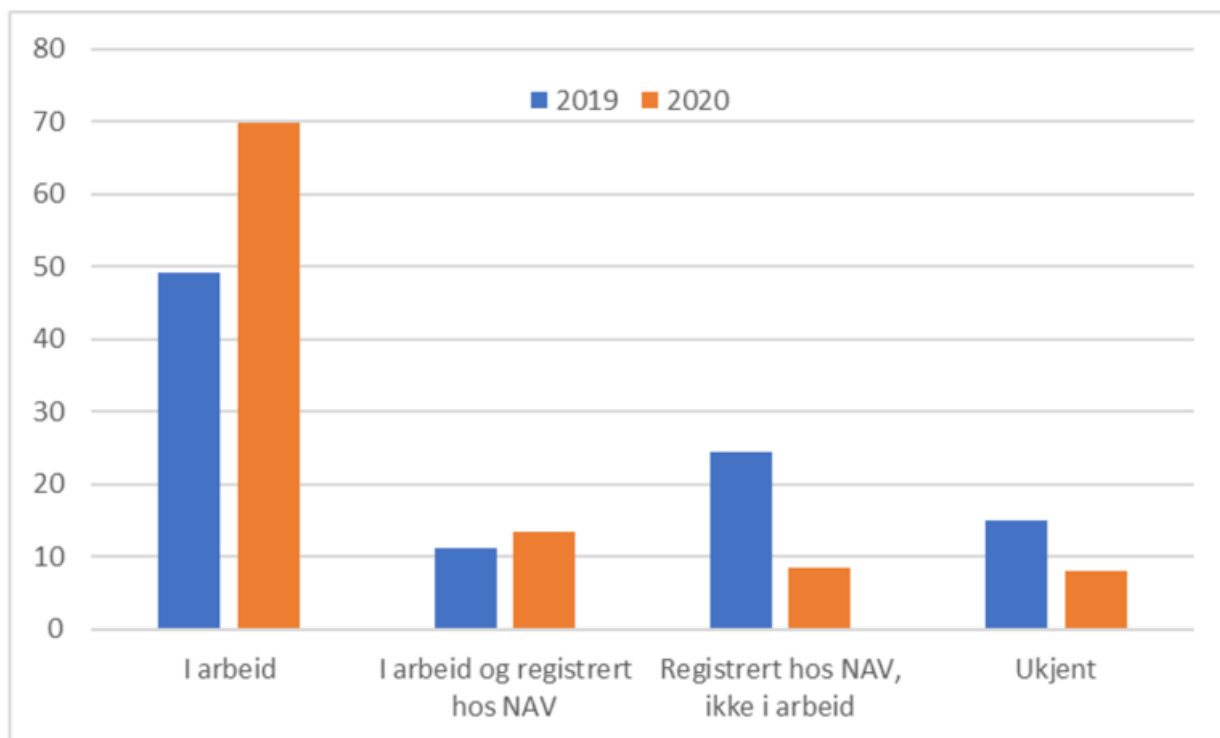
Figur 6-5. Langtidsledige i prosent av arbeidsstyrken i de enkelte yrker 2014 - 2020. Kilde: NAV

De yrkesgruppene som har høyest ledighet har også høyest andel langtidsledige i prosent av arbeidsstyrken, slik som reiseliv og transport og kontorarbeid (figur 6-5). Motsatt representerer

undervisning og helse- og omsorg yrkesgruppene med lavest ledighet og også lavest andel langtidsledige i prosent av arbeidsstyrken.

Indikator:

- Status for nye arbeidssøkere åtte måneder etter start på arbeidssøkerperioden første halvår 2019 og 2020.



Figur 6-6. Status åtte måneder etter start på arbeidssøkerperioden blant nye arbeidssøkere første halvår. Prosent. Kilde: NAV, Furuberg: 2021

[En studie fra NAV](#)³⁶ finner at de som ble langtidsledige i 2020 har mange av de samme kjennetegnene som de som har blitt langtidsledige i andre perioder med høy arbeidsledighet. Eldre, personer uten utdanning ut over grunnskolen og innvandrere fra land utenfor EØS skiller seg ut med økt sannsynlighet for å fortsette å være arbeidssøkere fem måneder eller mer etter at de ble ledige.

70 prosent av de som ble arbeidssøkere første halvår 2020 er ute av NAVs registre og i jobb etter åtte måneder. Dette er 21 prosentpoeng flere enn blant de som ble arbeidssøkere i samme periode året før. Når det gjelder yrkesbakgrunn har arbeidssøkere med bakgrunn fra bygg -og anleggsarbeid høyest sannsynlighet for å være i arbeid, mens de uten yrkeserfaring har lavest. Å være født i Norge, å ha høyere utdanning og det å være bosatt i Nordland eller Møre og Romsdal er alle faktorer som øker sannsynligheten for å være ute av NAVs registre og i jobb etter åtte måneder.

6.4.3. Inkludering av innvandrere og introduksjonsprogrammet for nyankomne flyktninger

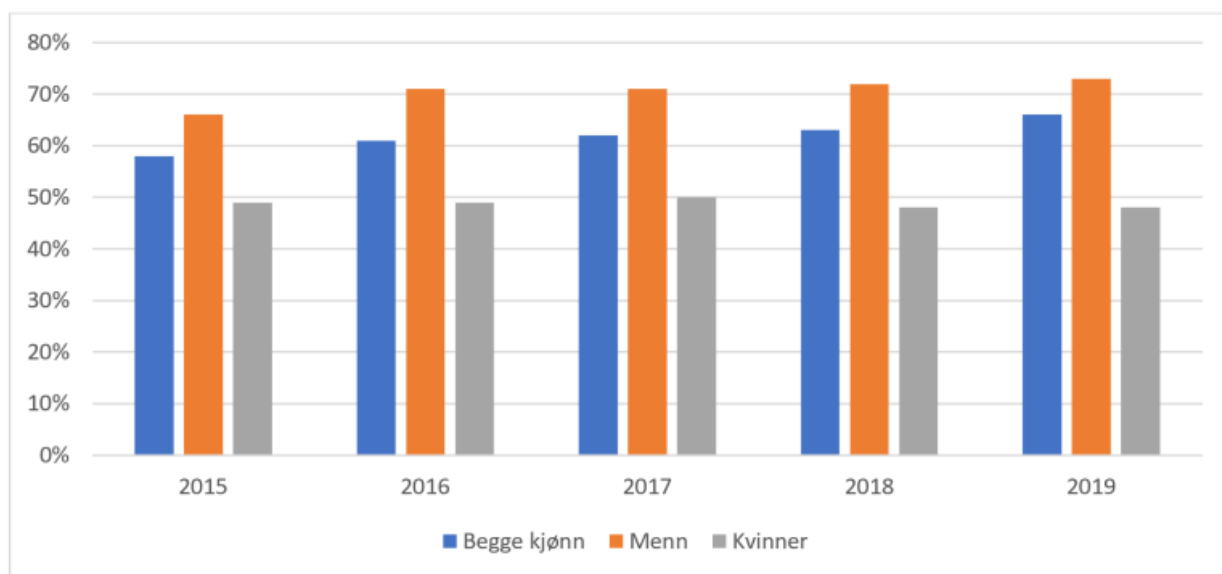
Covid-19-pandemien og sysselsettingen blant innvandrere

Sysselsettingsandelen blant innvandrere (20-66 år) var på 65 prosent i 2020. Andelen ligger på et lavere nivå sammenliknet med den øvrige befolkningen som hadde en sysselsettingsandel på 78 prosent³⁷. Likevel har det for innvandrere vært en positiv utvikling på arbeidsmarkedet de siste årene, og forskjellen mellom innvandrere og den øvrige befolkningen har blitt mindre. Den positive utviklingen snudde imidlertid under pandemien. Ifølge SSB gikk andelen sysselsatte innvandrere i alderen 20 til 66 år ned med 1,9 prosentpoeng fra november 2019 til november 2020 mot 0,7 prosentpoeng i den øvrige befolkningen³⁸. For flyktninger var reduksjonen på 1 prosentpoeng³⁹. Utviklingen må ses i sammenheng med at innvandrere er overrepresentert i næringer som har vært hardt rammet av smitteverntiltak⁴⁰. De langsiktige virkningene av pandemien kjenner vi enda ikke omfanget av. Det gjenstår å se om nedstengingen vil ha langvarige negative konsekvenser for innvandreres deltakelse i arbeid og for integrering generelt⁴¹.

Introduksjonsprogrammet for nyankomne flyktninger

Målet med introduksjonsprogrammet er at flest mulig flyktninger skal integreres i det norske samfunnet, og at de skal få et opplærings- og utdanningstilbud som gir mulighet til reell kvalifisering til varig tilknytning til arbeidslivet og på den måten bli økonomisk selvstendige. For at nyankomne flyktninger skal bli økonomisk selvhjulpne, er det avgjørende at relevante, ulike sektorer samarbeider om å gi flyktninger tilgang på arbeidsrettede utdannings- og opplæringstiltak i introduksjonsprogrammet. Sentrale aktører her er kommuner, lokale NAV-kontor, fylkeskommuner med ansvar for videregående opplæring, statsforvalteren med tilsynsmyndighet for introduksjonsordningen, det lokale arbeidsmarkedet, og frivillige organisasjoner. Lokalt arbeidsliv spiller en særlig viktig rolle i kommunenes kvalifiseringsarbeid. Mer og tettere samarbeid med næringslivet kan gi økt tilgang på relevant arbeidspraksis og kvalifisering. Et slikt samarbeid vil også kunne bidra til at kvalifiseringen i større grad tar utgangspunkt i behovet for arbeidskraft både på kort og lang sikt.

Antallet deltakere i introduksjonsprogrammet har variert fra år til år siden programmet ble innført i 2004. I toppårene 2017 og 2018 deltok rundt 28 000 personer i løpet av året. Deltakertallet er nå på vei ned igjen. I løpet av 2020 var det omtrent 14 000 deltakere, hvor flest deltakere kom fra Syria og Eritrea⁴². SSB publiserer tall for tidligere deltakeres status på arbeidsmarkedet ett år etter endt program⁴³. Selv om dette er et tidlig måletidspunkt gir det likevel et inntrykk av hvor godt tiltaket bidrar til at nyankomne flyktninger kommer i arbeid eller utdanning etter endt program.



Figur 6-7. Tidligere deltakere i introduksjonsprogrammet i arbeid eller utdanning ett år etter avsluttet program 2015-2019. Kilde SSB tabell 10824.

Andelen i arbeid eller utdanning ett år etter avsluttet program har vært stabil over flere år, og ligget på rundt 60 prosent. Økningen til 66 prosent i 2019 skyldes i hovedsak endring i deltakersammensetningen

mellom menn og kvinner. Erfaringsmessig varierer andelen som er i arbeid og/eller utdanning etter programmet ut ifra kjennetegn ved deltakerne, som for eksempel alder og kjønn. Som figur 6-7 viser er det nær 20 prosentpoengs resultatforskjeller mellom kjønnene i favør av menn. Nye foreløpige tall fra SSB⁴⁴ kan tyde på at av de som avsluttet introduksjonsprogrammet i 2019 ble det færre som kom i jobb eller utdanning i 2020.

SSB publiserer også en årlig monitor over statusen på arbeidsmarkedet til tidligere deltakere i introduksjonsprogrammet i årene etter at de har avsluttet programmet. I 2020 ble i tillegg inntektssituasjon monitort⁴⁵. Tallene viser at inntektsnivået til de tidligere deltakerne ligger betydelig under nivået for befolkningen i sammenliknbar alder 20-55 år. Vi finner imidlertid en bedring i løpet av de fem første årene etter programslutt.

Utdanningsbakgrunnen til deltakerne i introduksjonsprogrammet varierer sterkt, men deltakere har i gjennomsnitt lavere utdanningsnivå enn resten av befolkningen. Ca. 50 prosent av flyktninger i alderen 20 til 66 år har grunnskole som høyest fullførte utdanning. Til sammenlikning ligger andelen på omtrent 20 prosent i hele befolkningen i samme aldersgruppe⁴⁶. Noen har mulighet til å komme relativt raskt ut i jobb, mens andre har behov for mer langsiktige utdanningsrettede løp. Fra 2021 er det innført en ny lov om integrering⁴⁷, der lengden på programmet er avhengig av deltakerens utdanningsnivå, alder og sluttmaal. Lengden på programmet vil etter den nye loven variere fra tre måneder til tre år, og kan også forlenges med inntil ett år. Den nye loven omfatter personer som fikk oppholdstillatelse eller kommer til Norge fra 1. januar 2021. For de som kom til Norge før 1. januar 2021 gjelder fortsatt tidligere lov, "introduksjonsloven", der programmet kan vare i inntil to år og i noen tilfeller forlenges til inntil tre år.

Ved neste oppdatering av denne rapporten vil det blir interessant å følge med på mulige effekter som følge av ny lov fra januar 2021.

6.4.4 Sykefravær og frafall fra arbeidslivet

Sykefravær

Å redusere sykefraværet og å unngå for tidlig frafall fra arbeidslivet har lenge vært et viktig politisk mål. Den nyeste IA-avtalen har satt som mål å redusere sykefraværet med 10 prosent sammenlignet med 2018 og å redusere frafallet fra arbeidslivet. Det er derfor viktig å følge med på arbeidet med å få langtidssykemeldte tilbake til jobb.

Legemeldt sykefravær, og særlig fravær som varer utover sammenhengende ni måneder, øker risikoen for varig frafall fra arbeidslivet. Frafall i denne sammenheng vil si at man ikke lenger er registrert med et aktivt arbeidsforhold seks måneder etter langtidssykdom.

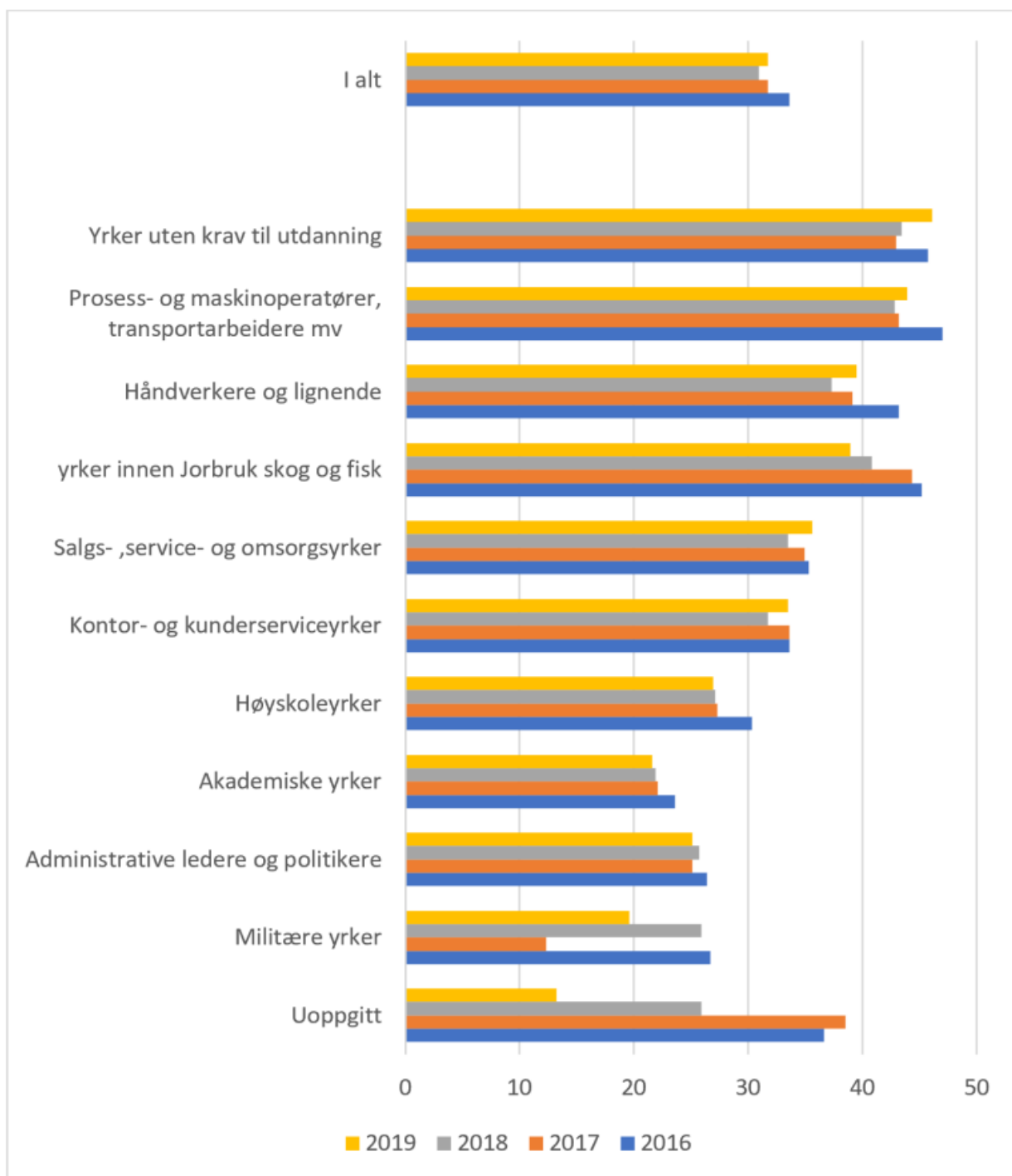
Definisjon:

- Langtidssykemeldte omfatter de som har vært sammenhengende sykmeldte i ni måneder eller mer. Dette er ikke en offisiell definisjon, men anvendes av NAV ut fra kunnskap og erfaring ^{49 50}.

Målt som andel av alle langtidssykemeldte var frafallet fra arbeidslivet etter langtidssykefravær 33,0 prosent i 2020. Dette er noe høyere enn i 2018, da frafallet var på 30,7 prosent. Det antas at økningen i 2020 har sammenheng med pandemien.

Indikator:

- Andel langtidssykemeldte som har falt ut av arbeidslivet seks måneder etter sykmeldingsperioden på ni måneder (langtidssykefravær), fordelt på yrker.



Figur 6-8. Andel langtidssykemeldte med frafall seks måneder etter. Årstallet viser til tidspunktet for passering av 9 måneders fravær. Kilde: NAV

Andel langtidssykemeldte som har falt ut av arbeid seks måneder senere, var 31,7 prosent i 2019. Dette er høyere enn i 2018, men lavere enn de foregående årene. Personer som kombinerer arbeid og ytelse inngår ikke i frafallsgruppen.

Figuren viser at andel langtidssykemeldte som har falt ut av arbeid seks måneder senere varierer mellom yrkene, og at det er sosiale forskjeller i frafallet. Frafallet blant langtidssykemeldte er høyest innen yrker uten krav til utdanning og lavest innen akademiske yrker. Andelen med frafall har økt innen yrker uten krav til utdanning og er redusert innen akademiske yrker, og forskjellene har dermed økt. En forklaring på

forskjellene kan være at yrker uten krav til utdanning ofte er fysisk tunge yrker og kan være mer belastende å komme tilbake til etter sykdom enn akademiske yrker. Dersom kravene i jobben ikke lenger er forenelig med helsetilstanden, kan det være vanskeligere for personer uten utdanning å få nye jobber som passer bedre til helsesituasjonen.

Nedsatt arbeidsevne og arbeidsavklaringspenger

For de som ikke kommer tilbake til arbeid etter et års sykemelding vil mange få AAP i den perioden de er til behandling for å bedre arbeidsevnen eller for å få hjelp til å beholde eller skaffe arbeid. Det gjøres en arbeidsevnevurdering og forutsetningen er at arbeidsevnen for all slags arbeid må være nedsatt med minst 50 prosent. Målet er at så mange som mulig skal komme tilbake til arbeid – fullt eller delvis. For de som ikke kommer tilbake til arbeid vil uføretrygd kunne være et alternativ.

Etter nedstengningen i mars 2020 har både antallet med nedsatt arbeidsevne og som er registrert med AAP-ytelse økt betraktelig. Dette skyldes først og fremst regelverksendringene innført i løpet av 2020 som utvidet stønadperioden med inntil 6 måneder⁵¹. Økningen skyldes også regelverksendringer i 2018 som medførte at ekstra mange sluttet å motta AAP i 2019. Fra tidligere nedgangskonjunkturer kjenner vi til at økt arbeidsledighet også fører til at flere blir mottakere av helserelaterte ytelser. Det er med andre ord flere som blir værende på ytelsen på grunn av forlenget periode og flere som kommer inn på ytelsen grunnet utfordringer på arbeidsmarkedet.

Foreløpig er det ingen klare tegn som tyder på at koronaviruset i seg selv har ført til flere på AAP.

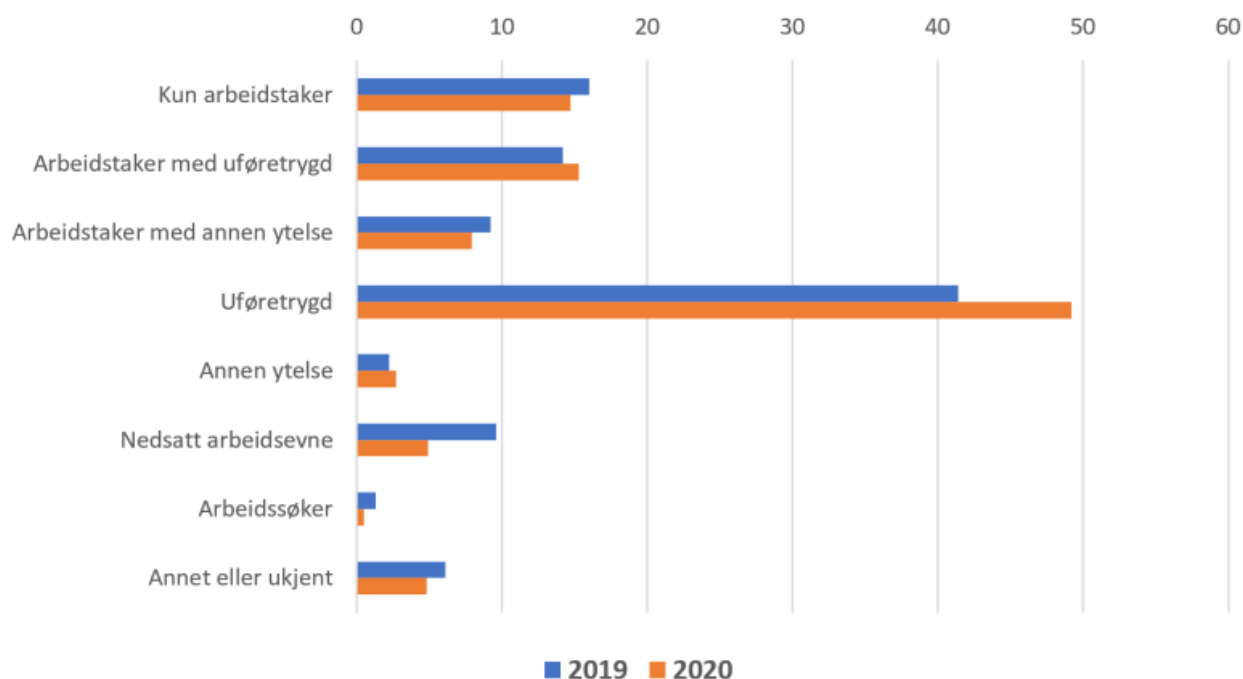
Definisjoner:

- **Nedsatt arbeidsevne** sier noe om graden av en persons arbeidsevne. Man kan være registrert med nedsatt arbeidsevne uten å oppfylle kriteriene for å få en ytelse fra NAV. Arbeidsevnen kan bl.a. være nedsatt av andre årsaker enn sykdom.
- **Arbeidsavklaringspenger (AAP)** er en midlertidig helserelatert ytelse for personer hvor arbeidsevnen er nedsatt med minst 50 prosent og der sykdom, skade eller lyte er en vesentlig medvirkende årsak til nedsatt arbeidsevne. Hensikten med AAP er å avklare arbeidsmuligheter og utførerrettigheter blant personer som har nedsatt arbeidsevne på grunn av sykdom, skade eller medfødte tilstander. Rundt 60 prosent av de som er registrert med nedsatt arbeidsevne mottar AAP. Personer som innvilges AAP kan normalt motta ytelsen i 3+2 år⁵². I tillegg vil det være mulig å motta AAP som ferdig avklart til arbeid, under vurdering for uføretrygd eller som sykepengeerstatning⁵³.

Figurene under viser status i 2. kvartal 2020 for personer som 6 måneder tidligere sluttet å være registrert med AAP eller med nedsatt arbeidsevne. For å se effekten av pandemien bedre, sammenlikner vi her med tilsvarende tall for 2019.

Indikator:

- Personer som sluttet med AAP andre kvartal i 2020 fordelt etter status på arbeidsmarkedet og ytelsesstatus 6 måneder etter, sammenliknet med tilsvarende tall i 2019.



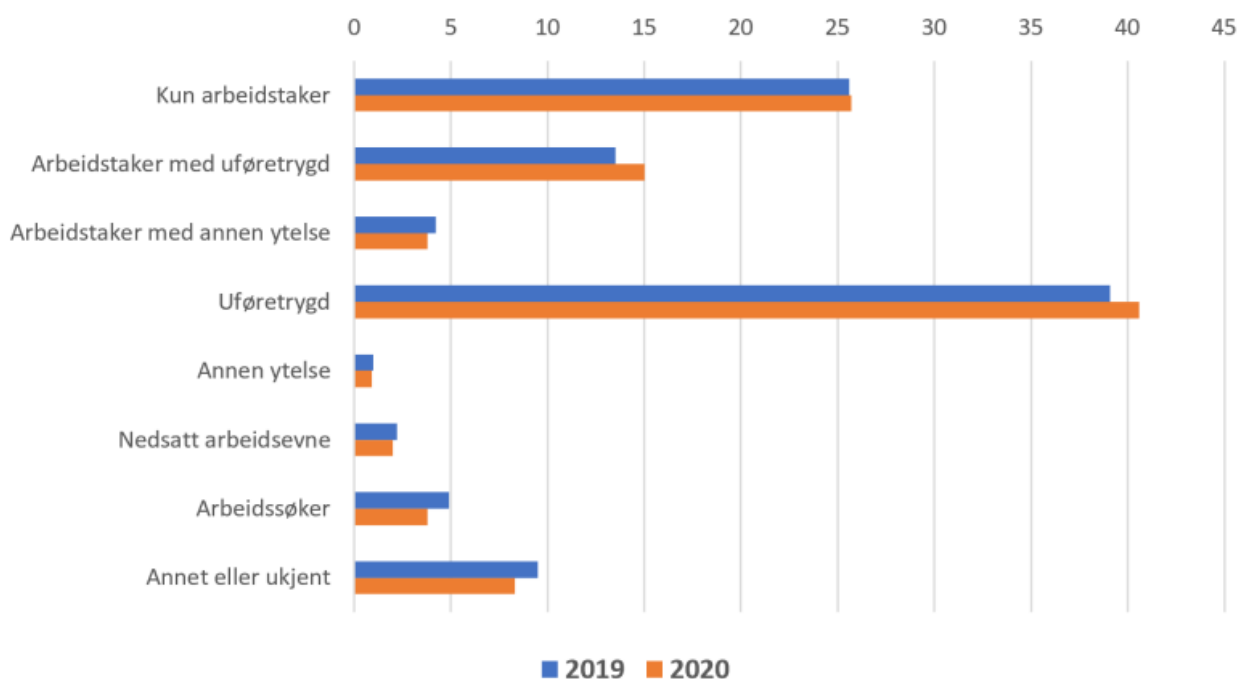
Figur 6-9. Status 6 måneder etter avgang fra arbeidsavklaringspenger. Prosent. 2019 og 2020.

Kilde: NAV

Figur 6-9 viser at rundt 50 prosent av dem som hadde sluttet å motta AAP i 2020 mottok uføretrygd 6 måneder etter. I tillegg var det rundt 15 prosent som kombinerte uføretrygd med arbeid. Det innebærer at den totale overgangen til uføretrygd var på rundt 65 prosent, en økning på rundt 10 prosentpoeng fra 2019. Det er kun små endringer for de øvrige statusgruppene, bortsett fra for dem som står registrert med nedsatt arbeidsevne der det var 10 prosent i 2019 og 5 prosent i 2020. Det er også noen færre som står registrert som arbeidssøker eller med status annet eller ukjent. Det innebærer at andelen som var registrert uten kjent inntektssikring var lavere i 2020 enn i 2019.

Indikator:

- Personer som sluttet å være registrert med nedsatt arbeidsevne andre kvartal i 2020 fordelt etter status på arbeidsmarkedet og ytelsesstatus 6 måneder etter, sammenliknet med tilsvarende tall i 2019.



Figur 6-10. Status 6 måneder etter avgang for personer med nedsatt arbeidsevne. Prosent. 2019 og 2020. Kilde: NAV

Av dem som sluttet å være registrert med nedsatt arbeidsevne i andre kvartal 2020 var det rundt 56 prosent som mottok uføretrygd 6 måneder etter, enten de kombinerte trygden med arbeid eller ikke. Tilsvarende andel i 2019 var på 53 prosent. Noe under 26 prosent var i arbeid uten kjent ytelse eller oppfølging. Dette er omtrent identisk med 2019. Det er heller ingen større endringer for de andre statusgruppene. Årsaken til at fordelingen fra 2019 er relativt stabil skyldes at det er færre som har sluttet å motta oppfølging fra NAV pga. nedsatt arbeidsevne. Nedgangen fordeler seg relativt jevnt over alle statusgrupper.

Uføretrygd

Per desember 2020 var det registrert 357 600 mottakere av uføretrygd⁵⁴. Sammenlignet med samme tidspunkt i 2019 var det en økning på 5 400 personer (1,5 prosent). Per utgangen av desember 2017 var det registrert 325 900 mottakere av uføretrygd.

Andel av befolkningen mellom 18 og 67 år som mottar uføretrygd var 10,4 prosent per desember 2020, mens den utgjorde 9,6 prosent av befolkningen i 2017. Sammenlignet med 2019 økte uføreandelen for alle aldersgrupper mellom 18 og 59 år, men gikk ned for de over 60 år. Andelen økte mest for 30-39-åringene med 0,3 prosentpoeng fra 2019 til 2020.

Siden 1997 har uføreandelen økt med 1,8 prosentpoeng. Andelen har gått ned for aldersgruppene over 55 år, parallelt med at andelen uføre i alderen 18-54 år har økt. Nedgangen for aldersgruppene over 55 år har bidratt til at samlet uføreandel har holdt seg forholdsvis stabil over tid. Denne utviklingen kan trolig forklares med bedre helse, mindre fysisk krevende jobber og økt utdanningsnivå for de eldre, samtidig med at pensjonsreformen har åpnet for at flere kan ta ut alderspensjon og AFP fra 62 år. For de eldste startet nedgangen på midten av 2000-tallet, men for de aller yngste har det vært en mer langsom vekst.

Seniorer i arbeidslivet

Det har lenge vært et mål å øke yrkesdeltakelsen i den eldre del av befolkningen, både for å sikre en økonomisk bærekraftig utvikling og for en jevnere fordeling mellom ulike generasjoner. Ett av delmålene i tidligere IA-avtaler var å øke yrkesaktiviteten blant seniorene. Dette målet ble ansett som oppfylt etter

forrige IA-avtale. I dagens IA-avtale er målet fortsatt å motvirke frafall fra arbeidslivet – også gjennom tidlig uttak av alderspensjon.

Selv om eldre arbeidstakere er lenger i arbeid og vi har sett en nedgang i bruk av uføretrygd i de siste årene for de eldste arbeidstakerne, er det likevel rundt 25 prosent av mennene og drøyt 35 prosent av kvinnene som trer ut av arbeidslivet med uføretrygd. De fleste av disse mottar uføretrygd i en forholdsvis kort overgangsperiode på noen år før de fyller 67 år og får alderspensjon⁵⁵.

Aktive eldre både i arbeidslivet og i samfunnet forøvrig, er ansett som et folkehelsepolitisk mål. At flere eldre fortsetter lenger i arbeidslivet kan være indikasjon på en sunn og frisk eldrebefolkning, men det kan også si noe om økonomiske forhold for den enkelte.

Av figur 1-6 i kapittel 1 framgår det at eldre tidligere utgjorde en stor andel av befolkningen med vedvarende lavinntekt. I 2007 utgjorde gruppen 67 år og eldre om lag en tredel av alle med vedvarende lavinntekt. Dette endret seg raskt fram til 2014 og har nå stabilisert seg slik at aldersgruppen 67+ nå utgjør i underkant av 20 prosent av befolkningen med vedvarende lavinntekt⁵⁶.

Senter for seniorpolitikk (SSP) er et kompetansesenter som arbeider med stimulering og utvikling av god seniorpolitikk i arbeidslivet. SSP står bak det årlige seniorpolitiske barometeret. Undersøkelsene består av to målgrupper; den yrkesaktive befolkningen og ledere i arbeidslivet. Gjennom undersøkelsene får man kunnskap om bl.a. lederes holdninger til eldre arbeidstakere og om arbeidstakernes holdninger til pensjon og avgang fra yrkeslivet.

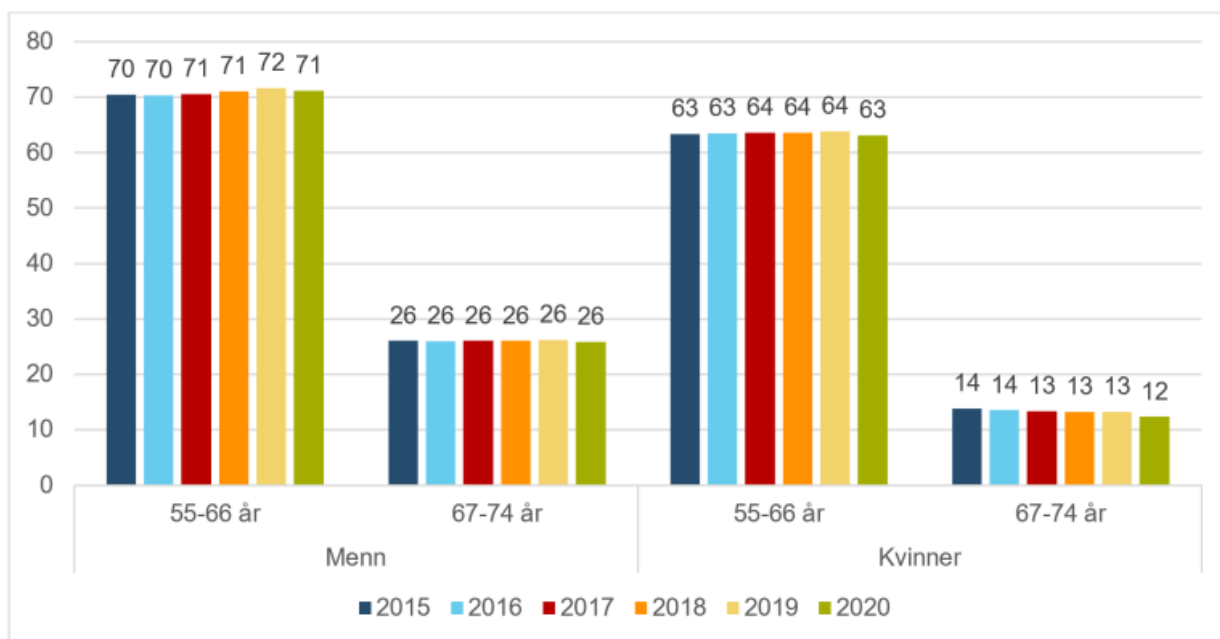
Gjennom det siste tiåret har det vært en jevn positiv trend i holdninger til eldre arbeidstakere og til å ønske å stå lenger i arbeid – men med en liten utflating og en viss nedgang på noen områder de siste årene. Som en effekt av korona har arbeidsledigheten økt betydelig blant seniorer og flere seniorer har også valgt å tre ut av arbeidslivet^{57 58}. En spørreundersøkelse i regi av SSP kan tyde på at ønsket avgangsalder blant seniorer 60+ har gått noe ned. Effekten er størst blant kvinner. Det gjenstår å se om dette er en forbigående effekt eller en mer varig trend⁵⁹.

Utviklingen i sysselsettingen blant seniorer

Sysselsettingen blant seniorer over 55 år økte kraftig etter årtusenskiftet. Etter at pensjonsreformen trådte i kraft i 2011 økte sysselsettingen særlig mye i aldersgruppen 62–66 år. Etter 2015 har utviklingen derimot vært nokså stabil, og med en nedgang i 2020 som kan forklares av koronapandemien (figur 6-11). Blant seniorer i alderen 67–74 år er sysselsettingsandelen omtrent dobbelt så høy blant menn som blant kvinner. I aldersgruppen 55–66 år er forskjellen mindre.

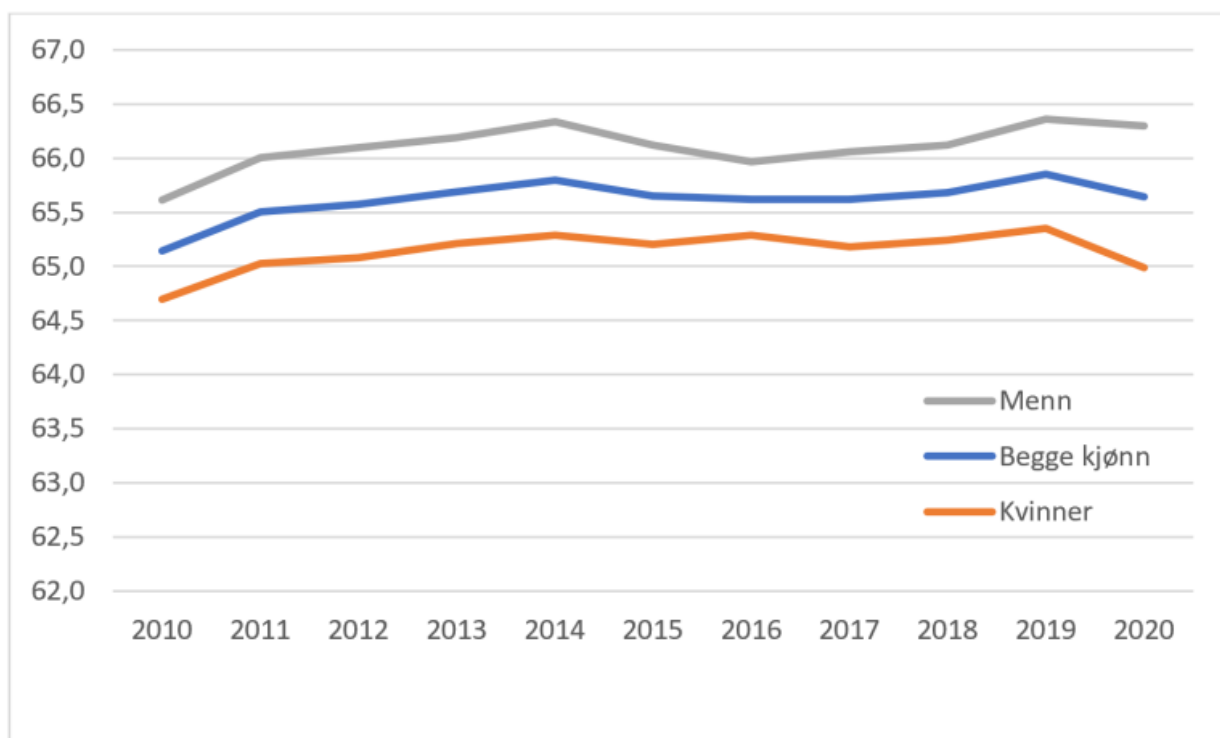
Indikatorer:

- Andel av befolkningen over 55 år som er i arbeid fordelt på kjønn. (Inkludert de som jobber deltid og som ev. kombinerer arbeid med en ytelse fra NAV eller andre, f.eks. tjenestepensjon.)
- Utvikling av gjennomsnittlig avgangsalder



Figur 6-11. Sysselsatte som andel av befolkningen etter kjønn og aldersgruppe. Prosent. Kilde: SSB.

Utviklingen i gjennomsnittlig avgangsalder for arbeidstakere viser et tilsvarende bilde. Gjennomsnittlig avgangsalder var 65,6 år i 2020, opp 0,5 år fra 2010. Avgangsalderen svinger med konjunktorene. Nedgangen i 2015 og 2016 skyldes oljekrisen, der ledigheten økte spesielt mye blant eldre aldersgrupper. Avgangsalderen nådde et toppunkt i 2019 på 65,9 år og gikk deretter ned med 0,3 år i 2020 som følge av koronapandemien og den sterke ledighetsøkningen.



Figur 6-12. Gjennomsnittlig avgangsalder for arbeidstakere, gitt at de var i jobb ved 50 år. Kilde: NAV

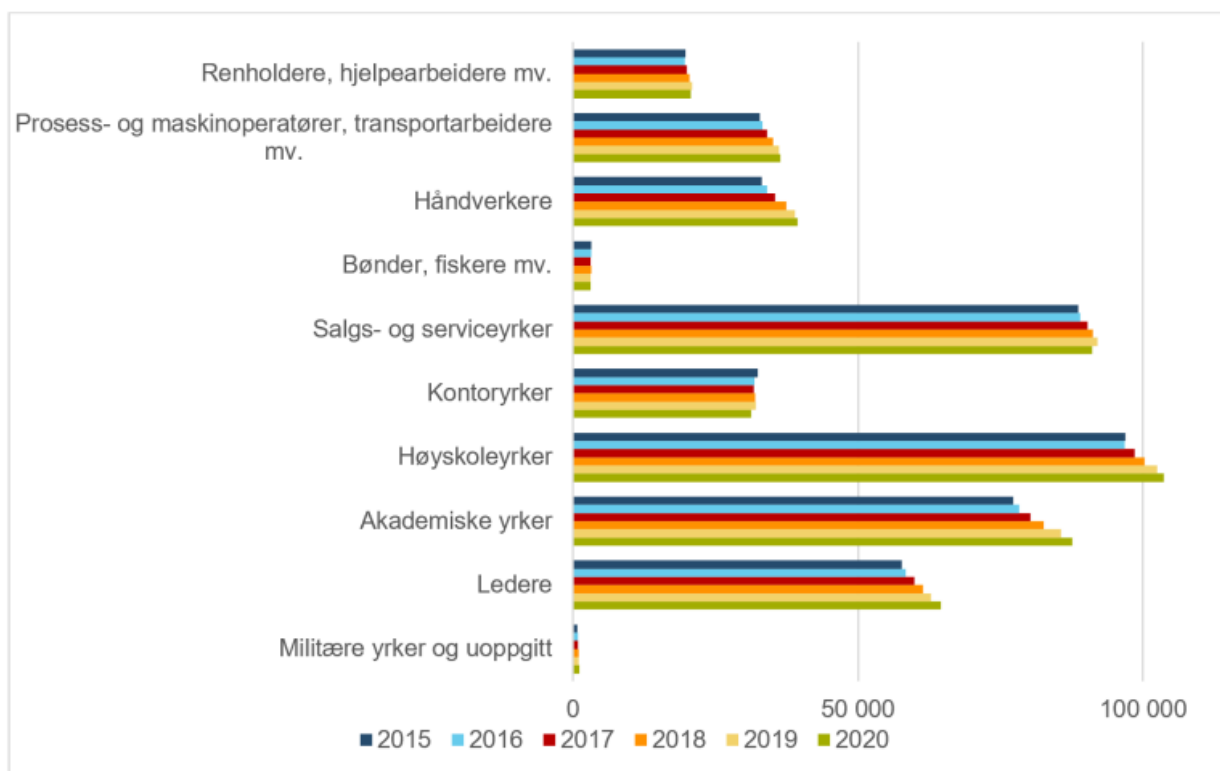
Arbeidstakere 55 år og over etter yrke

Figur 4 viser antall arbeidstakere i aldersgruppene 55–66 år fordelt etter yrke, i perioden 2015–2020. Tallene inkluderer bare arbeidstakere. Personer som er selvstendig næringsdrivende er ikke inkludert, selv om det blir mer vanlig å være selvstendig næringsdrivende med økende alder.

Antall arbeidstakere i alt har for aldersgruppen 55–66 år økt fra 442 000 i 2015 til 478 000 i 2020, og for aldersgruppen 67 år og over fra 52 000 i 2015 til 56 000 i 2020. Dette tilsvarer en økning i befolkningen i disse aldersgruppene, ettersom figur 2 viser at sysselsettings-andelen ikke har økt.

Vi finner flest arbeidstakere i alderen 55–66 år i høyskoleyrker, salgs- og serviceyrker og akademiske yrker. I antall har økningen fra 2015 til 2020 vært størst for akademiske yrker, ledere, høyskoleyrker og håndverkere. Blant disse har prosentvis økning i antall arbeidstakere vært størst blant håndverkere, med en økning på 19 prosent.

Det har vært nedgang i antall som jobber innen kontoryrker, og det gjelder også aldersgruppen 67 år og over. Dette dreier seg om yrker med utdanningskrav tilsvarende videregående skole. Nedgangen skyldes trolig økt utdanningsnivå blant arbeidstakerne i disse aldersgruppene, og at etterspørselen etter kontoryrker som bare krever videregående utdanning har gått ned.



Figur 6-13. Antall arbeidstakere 55-66 år etter yrke. Tall ved utgangen av året. Kilde: NAV (Aa-registeret)

Selv om vi ikke lenger har noen fastsatt pensjonsalder, framgår det av fig 2 at det fortsatt skjer en markant avgang fra arbeidslivet rundt 67 år. Yrkesgrupper som har en tendens til å fortsette i arbeid etter fylte 67 år er de samme som for aldersgruppen 55-66 år, men rekkefølgen er nå snudd slik at det er flest innen salgs- og serviceyrker som fortsetter i arbeid utover 67 år, etterfulgt av akademiske yrker og høyskoleyrker.

³³ FHI Kunnskapssenteret Nylenna et. al. Helseeffekter av arbeid 2015

³⁴ Støver et al Unemployment and disability pension – an 18-year follow-up study of a 40-year-old population in a Norwegian county BMC Public Health 2012

³⁵ Regnet som gjennomsnittet ved utgangen av hver måned.

³⁶ Furuberg, Kven vart arbeidslause i den første bølga av koronakrisa og korleis har det gått med dei? NAV Arbeid og velferd 2021

³⁷ kilde: SSB statistikkbanktabell 09837

³⁸ kilde: SSB statistikkbanktabell 09837

³⁹ Kilde: SSB statistikkbanktabell 12694

⁴⁰ SSB

<https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/nedgang-i-sysselsettingen-blant-innvandrere/>

⁴¹ IMDi (2021) Indikatorer for integrering. Tilstand og utviklingstrekk ved inngangen til 2021 indikatorer-for-integrering-2021.pdf (imdi.no)

⁴² Kilde: Nasjonalt introduksjonsregister (NIR)

⁴³ Siste tilgjengelige tall per august 2021 er status i 2019 for de som avsluttet i 2018.

⁴⁴ SSB (2021) Færre i arbeid etter endt introduksjonsprogram [Færre i arbeid etter endt introduksjonsprogram \(ssb.no\)](#)

⁴⁵ SSB (2020). Tidligere deltakere i introduksjonsordningen 2013-2017. Rapport 2020/39 [Tidligere deltakere i introduksjonsordningen 2013-2017 \(ssb.no\)](#)

⁴⁶ SSB 2021) Flyktninger i og utenfor arbeidsmarkedet 2019. Rapport 2021/05 [Flyktninger i og utenfor arbeidsmarkedet 2019 - SSB](#)

⁴⁷ Lovdata (2021) Ny lov om integrering gjennom opplæring, utdanning og arbeid. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2020-11-06-127>

⁴⁸ Rapport 2021 fra faggruppen for IA-arbeidet [Målene om et mer inkluderende arbeidsliv – status og utviklingstrekk. Rapport 2021 - regjeringen.no](#)

⁴⁹ I forrige rapport ble det vist til fravær utover 13 uker som risikofaktor for frafall. I dag er man mer opptatt av å fange opp fravær som ser ut til å strekke seg utover 9 måneder.

⁵⁰ Nossen, J. P., & Brage, S. (2016). Forløpsanalyse av sykefravær: Når blir folk friskmeldt? Arbeid og Velferd

⁵¹ Som følge av regelverksendringene i forbindelse med koronapandemien ble stønadsperioden forlenget med inntil 6 måneder for de aller fleste mottakere. Forlengelsene gjaldt alle som mottak AAP per 16. mars 2020, og alle som starter sin AAP periode før 1. november samme året.

⁵² Ordinær periode på AAP er inntil 3 år. Det er i tillegg mulig å motta AAP i inntil 2 år i en unntaksperiode dersom en har begynt medisinsk behandling eller arbeidsrettet tiltak, eller dersom en har vært forhindret fra å kombinere medisinsk behandling og arbeidsrettet tiltak. Det er også mulig å forlenge stønadsperioden dersom en deltar på et opplæringstiltak. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19/kap11#kap11>).

⁵³ I tillegg til å motta AAP i en ordinær periode på 3 år samt en unntaksperiode på 2 år er det mulig å motta AAP dersom en er avklart mot arbeid i inntil 6 måneder, dersom en er under vurdering for uføretrygd i inntil 8 måneder, eller som sykepengeerstatning i inntil 6 måneder.

⁵⁴ «Uføretrygd skal sikre inntekt til personer som har fått inntektsevnen varig nedsatt med minst halvparten på grunn av varig sykdom, skade eller lyte. Uføretrygden tilsvarer 66 prosent av tidligere inntekt, dvs. gjennomsnittlig inntekt i de tre beste av de fem siste kalenderårene forut for uføretidspunktet» (Prop. 1S 2019-2020:198).

⁵⁵ Kann og Sutterud NAV 2017 Stadig færre på trygd

⁵⁶ Fram til 2010 var eldre (67+) den aldersgruppen der høyest andel hadde lavinntekt. Andelen eldre med vedvarende lavinntekt var etter EUs definisjon den 17 prosent i 2006 og 9 prosent både i 2018 og 2019. Kilde: www.ssb.no/tabell/09571. Det foreligger her ikke tall etter 2019.

⁵⁷ Ole Chr. Lien foredrag Pensjonsforum: [Pensjonering og sysselsetting blant seniorer \(pensjonsforum.net\)](http://pensjonsforum.net)

⁵⁸ Senter for seniorpolitikk: økt ledighet blant seniorene [Økt ledighet blant seniorer - Senter for seniorpolitikk](#)

⁵⁹ Senter for seniorpolitikk: Ønsket avgangsalder under korona [Ønsket avgangsalder under korona - Senter for seniorpolitikk](#)

Lokalt folkehelsearbeid

Dette kapitlet omhandler lokalt folkehelsearbeid, nærmere bestemt hvordan kommuner innretter sitt systematiske folkehelsearbeid etter folkehelseloven og status for dette arbeidet. Formålsparagrafen i folkehelseloven tydeliggjør folkehelse som en viktig del av samfunnsutviklingen:

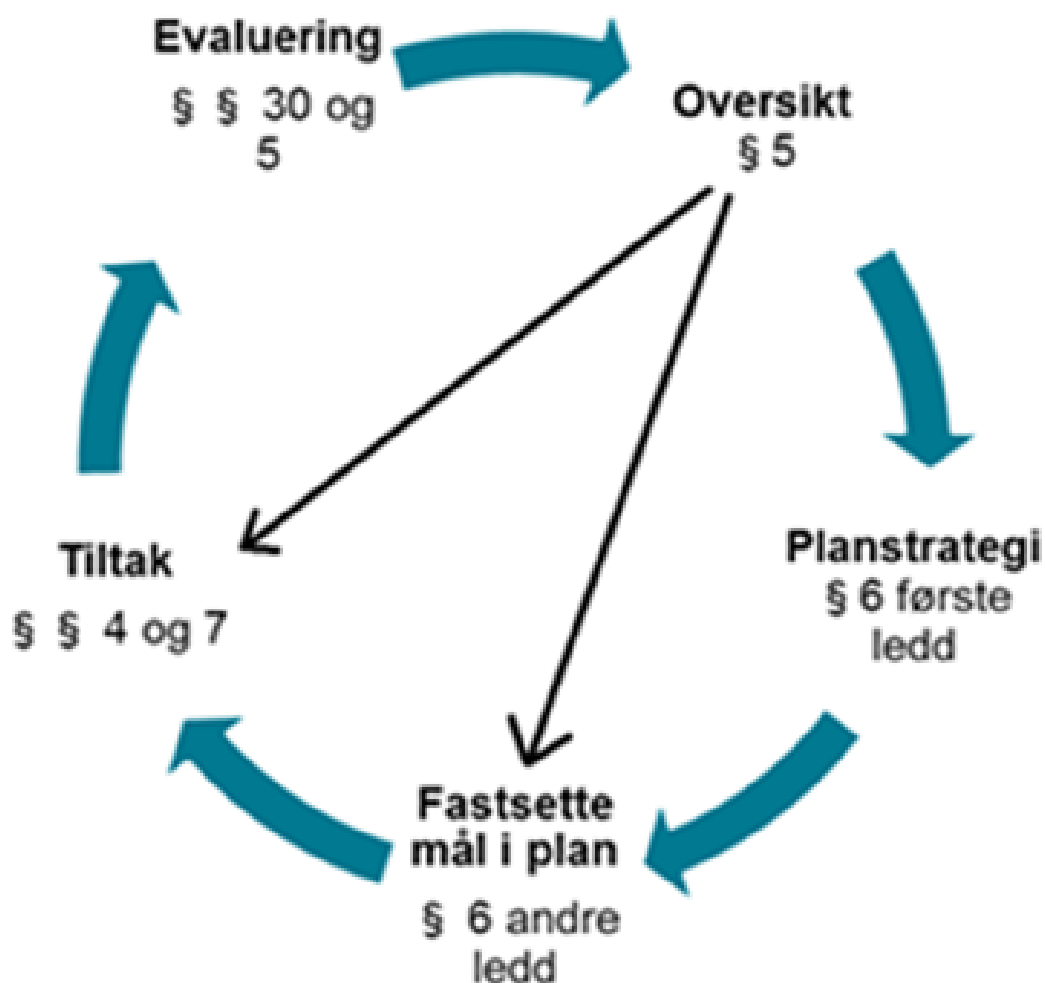
"Formålet med denne loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse".

7.1

Utvikling av styringsindikatorer for et lokalt folkehelsearbeid

7.1.1 Det systematiske folkehelsearbeidet

Folkehelseloven legger opp til en systematisk arbeidsform visualisert som en sirkel med fem elementer (se fig.7-1). Arbeidsformen innebærer oversikt over folkehelsesituasjonen og aktivt bruke denne inn i arbeidet med planstrategien, planforankring av mål, samt tiltak og evaluering av kommunens folkehelsearbeid på kort og lengre sikt.



Figur 7-1. Den systematiske folkehelsesirkel

Plan- og bygningsloven er sentral i kommunenes gjennomføring av kommunalt folkehelsearbeid. § 3-1 f) i plan- og bygningsloven, som omhandler oppgaver og hensyn loven skal ivareta, korrelerer direkte med folkehelselovens formål om å fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller.

Det fireårige oversiktsdokumentet danner grunnlaget for kommunens folkehelsearbeid og skal være ferdigstilt slik at det kan inngå som en del av kunnskapsgrunnlaget til planstrategien (folkehelseloven § 6-1) som ferdigstilles ett år etter nytt kommunestyre er konstituert. Videre skal mål og strategier for folkehelsearbeidet fastsettes i kommuneplanene (folkehelseloven § 6-2).

Planlegging er et sentralt verktøy for kommunene i folkehelsearbeidet og legger grunnlag for å arbeide tverrsektorielt. Utvikling av helsefremmende lokalsamfunn krever tiltak på andre arenaer enn helsesektoren tradisjonelt sett har tilgang til. Dette innebærer at hvordan lokale myndigheter integrerer folkehelsearbeidet i sin tjeneste- og samfunnsutvikling vil ha betydning for hvilke tiltak som iverksettes, i hvilke sektorer og mot hvilke målgrupper. Graden av systematikk i arbeidet vil totalt sett kunne være utslagsgivende for resultatet.

7.1.2 Utvikling av styringsindikatorer til et lokalt folkehelsearbeid

Etter ikrafttreddelsen av lov om folkehelsearbeid i 2012 er det sendt ut spørreundersøkelser og målinger om lokalt folkehelsearbeid i flere sammenhenger. Det er gjennomført målinger av NIBR (2012,2014 og 2017),

riksrevisjonens undersøkelse fra 2015 og Helsetilsynets nasjonale tilsyn om løpende oversikt i 2014. Disse kildene benyttet flere av de samme spørsmålene, og har vært brukt som grunnlag i vurderinger av utvikling og implementering av folkehelsearbeidet. Utviklingen i det lokale folkehelsearbeidet er blant annet synliggjort gjennom de to foregående publikasjonene av [Folkehelsepolitisk rapport](#) fra 2015 og 2017.

Helsedirektoratet har i 2020-2021 samarbeidet med Folkehelseinstituttet (FHI) om å utvikle et sett med styringsindikatorer for det lokale folkehelsearbeidet. Undersøkelsen ble sendt ut våren 2021 som en egen del av kommunenes årlige tobakksundersøkelse. 85,4 prosent av kommunene svarte på spørsmålene relatert til kommunenes systematiske folkehelsearbeid.

Utgangspunktet for indikatorene ligger i folkehelselovens kapittel 2 om kommunens ansvar.

7.1.3 Indikatorer til oversikt

Folkehelseloven krever at kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden og faktorer som påvirker den.

Indikator:

- Andel kommuner som har utarbeidet et oversiktsdokument etter folkehelselovens krav.

I dette ligger en samlet vurdering og identifisering av kommunens folkehelseutfordringer og de positive og negative faktorene som kan virke inn (herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold).

7.1.4 Indikatorer til Mål og planlegging

Oversikten skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi. En drøfting av kommunens folkehelseutfordringer bør inngå i strategien. Kommunal planstrategi er kommunens dokument som angir planbehov (både rullering av eksisterende - og nye planer) for inneværende kommunestyreperiode. Kommunal planstrategi skal vedtas senest ett år etter at nytt kommunestyre er konstituert.

Indikator:

- Andel kommuner som har brukt kunnskapen fra oversiktsdokumentet i planstrategiarbeidet.

7.1.5 Indikatorer tiltak

Lovens krav er at kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer, med utgangspunkt i oversiktsarbeidet. Dette kravet angir at kommunen skal iverksette tiltak på vedtatte og prioriterte folkehelseutfordringer.

Indikator:

- Andel kommuner som har iverksatt tiltak på områder med størst folkehelseutfordringer etter folkehelseoversiktens prioriteringer.

7.1.6 Indikatorer evaluering

Med evaluering menes det her å ha et system for å vurdere om kommunen har oppfylt kravene til et systematisk folkehelsearbeid (læring- og forbedring i folkehelsearbeidet).

Indikator:

- Andel kommuner som har gjennomgått og vurdert sitt systematiske folkehelsearbeid som evaluering av fireårsperioden:
 - Har kommunen gjort en vurdering av om folkehelsen utvikles i riktig retning?
 - Har kommunen vurdert forbedringsområder i kommunens systematiske folkehelsearbeid?
 - Hvordan skal kommunen nyttiggjøre seg av disse erfaringene i neste fireårs-syklus?

7.2

Status på kommuners systematiske folkehelsearbeid

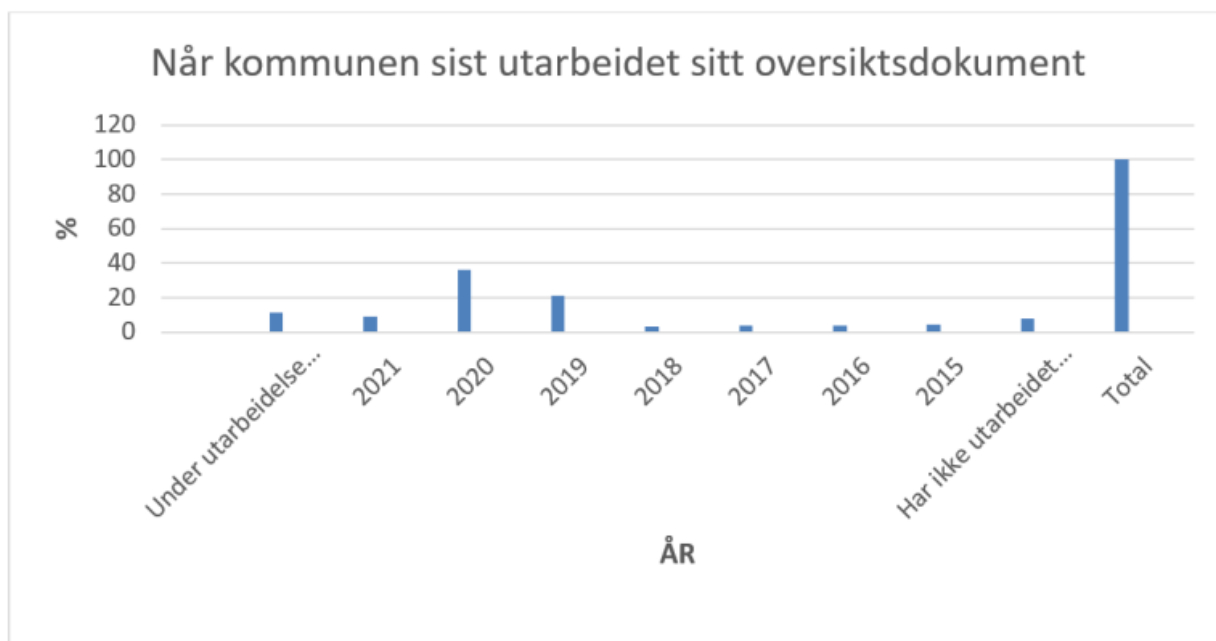
For å vise utviklingen av kommunalt folkehelsearbeid har vi valgt å trekke frem resultater fra undersøkelsen som ble gjennomført våren 2021. Svarprosenten var på 85,4 prosent noe vi i utgangspunktet anser som bra og som gir god validitet. Samtidig er det nødvendig å tolke resultatene med en grad av forsiktighet blant annet fordi spørsmålene legger opp til selvrapportering. Ved selvrapportering er det vanskelig å vite om vi har en representativ gruppe som svarer på spørreskjemaet særlig med tanke på at hele undersøkelsen besto av to skjema som skulle besvares av ulike funksjoner i kommunen. For å kontrollere hvem som besvarte undersøkelsen ba vi om å få oppgitt stilling i kommunen til respondentene. Det ser ut til at majoriteten av respondentene har tilknytning til det systematiske folkehelsearbeidet.

7.2.1. Oversikt over helsetilstanden i befolkningen

Som første indikator som en del av kommunens systematiske folkehelsearbeid er:

- Andel kommuner som har utarbeidet et oversiktsdokument etter folkehelselovens krav.

Tidligere undersøkelser viser at andel kommuner som oppgir at de har et oversiktsdokument er på nærmere 90 prosent (Folkehelsepolitisk rapport 2017). I denne undersøkelsen oppgir 7,6 prosent av respondentene at de ikke har et oversiktsdokument. Det kan derfor tyde på at noen flere kommuner har utarbeidet et oversiktsdokument i perioden fra 2017. Imidlertid er det ikke andel som har et oversiktsdokument som er det viktigste her, men om kommunene faktisk bruker oversiktsdokumentet som grunnlag for utarbeidelse av tiltak på områder kommunen har folkehelseutfordringer.



Figur 7-2. Når kommunen sist utarbeidet sitt oversiktsdokument etter folkehelseloven Kilde: FHI og Helsedirektoratet

Figur 7-2 viser at majoriteten av kommunene utarbeidet oversiktsdokumentet som er i bruk i 2019 (21,1 prosent) og 2020 (35,9). Sett i lys av et folkehelseloven og systematisk folkehelsearbeid er dette interessant. Forrige kommunevalg ble avholdt høsten 2019. Kommunens planstrategi skal dermed være klar høsten 2020. Folkehelselovens § 6 sier at kommunens oversiktsdokument skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunal planstrategi. Det kan være en sammenheng mellom de kommuner som ferdigstilte innværende folkehelseoversikt i 2019/2020 og kommunens arbeid med kommunal planstrategi.

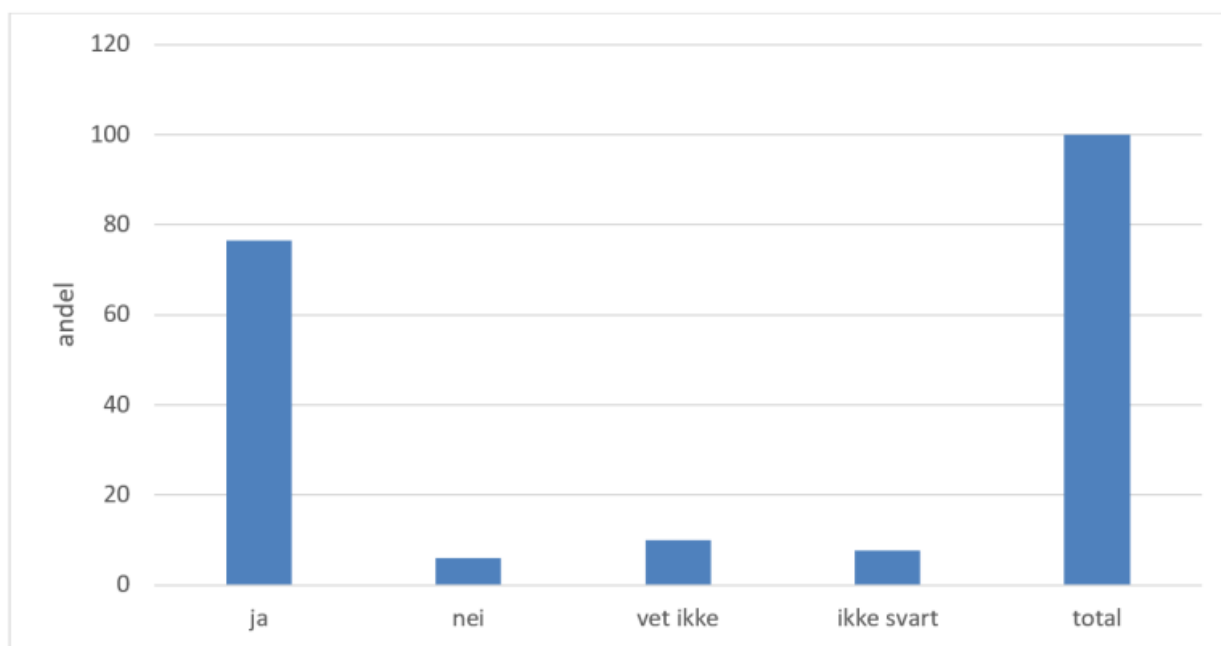
7.2.2. Oversikten som grunnlag for arbeid med kommunal planstrategi

Det er et krav i folkehelseloven at folkehelseoversikten skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunal planstrategi. Dette inngår som en del av vurderingen om hvorvidt kommunene har et systematisk folkehelsearbeid.

Indikator:

- Andel kommuner som har brukt kunnskapen fra oversiktsdokumentet i planstrategiarbeidet.

Figur 7-3 viser andel kommuner som har drøftet identifiserte hovedutfordringer i arbeidet med kommunal planstrategi.

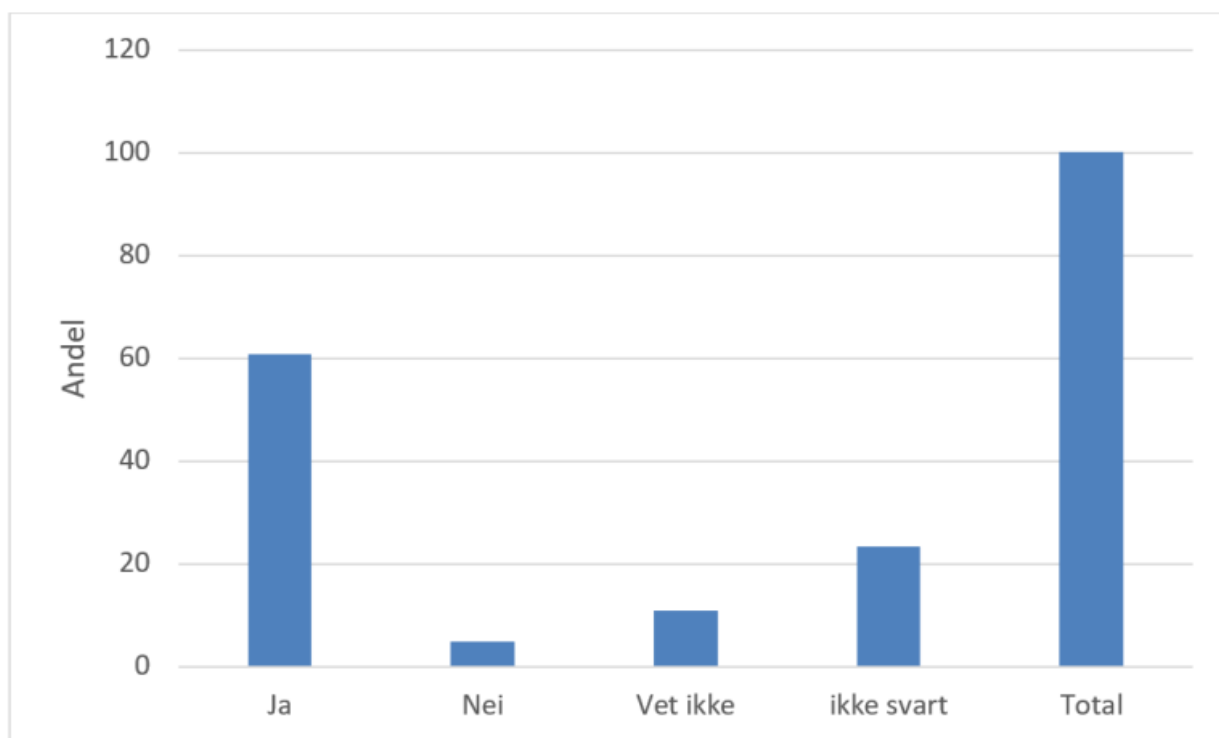


Figur 7-3. Andel kommune som har drøftet hovedutfordringer på folkehelseområdet i arbeidet med kommunal planstrategi Kilde: FHI og Helsedirektoratet

76,6 prosent av kommunene oppgir at de har brukt oversikten som grunnlag for planstrategiarbeidet til kommuneplanen. Om disse kommunene har brukt oversiktsdokumentet som grunnlag i siste planstrategiarbeid sier ikke tallene noe om, men ettersom over 50 prosent har utarbeidet sin inneværende folkehelseoversikt i tilknytning til denne kommunestyreperioden er det sannsynlig med en sammenheng. Muligheten for en tydeligere tendens kan komme etter hvert som undersøkelsen blir gjennomført i flere år.

Andelen som ikke har svart på spørsmålet kan være knyttet til hvem i kommunen som har svart på spørreskjemaet og sin tilknytning til folkehelsearbeidet.

Hensikten med kommunal planstrategi er for kommunen å vurdere hvilke planoppgaver som bør videreføres eller påbegynnes/iverksettes for å legge til rette for en positiv utvikling i kommunen. Figur 7-4 viser hvorvidt kommunens folkehelseutfordringer fra oversiktsdokumentet har påvirket hvilke planer som skal utarbeides eller videreføres i inneværende kommunestyreperiode.



Figur 7-4. Identifiserte hovedutfordringer og utarbeidelse av planer i kommunen. Kilde FHI og Helsedirektoratet

60 prosent av respondentene oppgir at det er en sammenheng mellom identifiserte folkehelseutfordringer og hvilke planer kommunen skal prioritere i kommunestyreperioden for å imøtekomme utfordringene (Figur 7-4).

Det er kun 5 prosent som har svart nei, men ved å slå sammen nei-kategorien med andelen som ikke har svart på spørsmålet (23,4 prosent) så blir det en andel på i underkant av 30 prosent. Spørsmålet om identifiserte folkehelseutfordringer som grunnlag for arbeidet med kommunal planstrategi blir derfor interessant å følge videre med på i årene fremover.

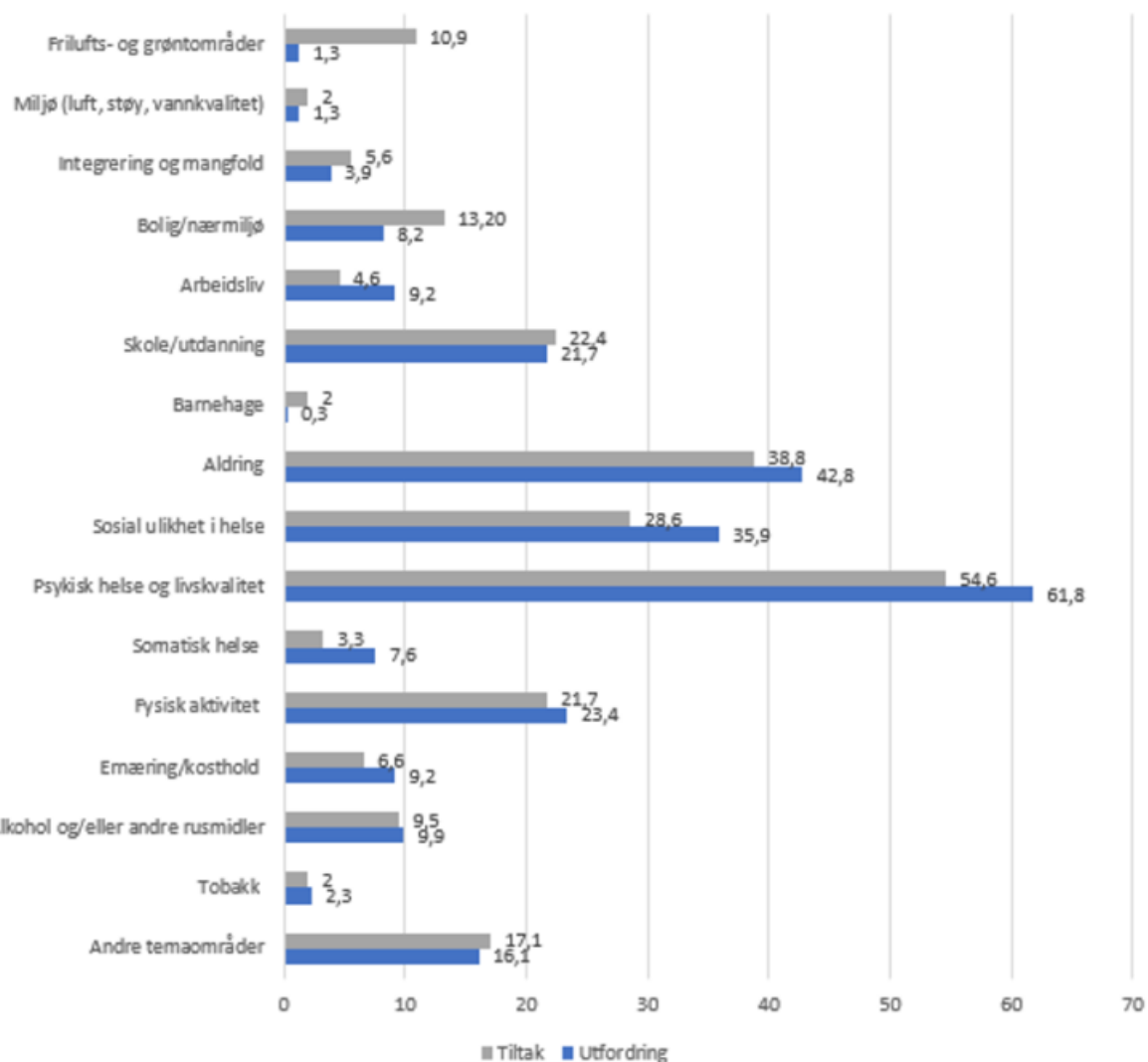
7.2.3. Kommuners iverksetting av tiltak

Folkehelseloven § 7 første ledd sier at kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte folkehelseutfordringene identifisert gjennom oversiktsarbeidet beskrevet i oversiktsdokumentet (§ 5). Kommunen har med bakgrunn i dette en tiltaksplikt som innebærer at kommunen skal iverksette tiltak på de områdene som har størst folkehelseutfordringer.

Indikator:

- Andel kommuner som har iverksatt tiltak på områder med størst folkehelseutfordringer etter folkehelseoversiktens prioriteringer.

Figur 7-5 viser kommunenes identifiserte folkehelseutfordringer (blå) og områder med iverksatte tiltak (grå)



Figur 7-5. Områder kommunen har identifisert sine største folkehelseutfordringer koblet med områder kommunen har prioritert å sette i verk tiltak som følge av folkehelseutfordringene Kilde: FHI og Helsedirektoratet.

Figur 7-5 viser at kommunene anser psykisk helse og livskvalitet, sosial ulikhet i helse og aldring som store folkehelseutfordringer. Samtidig viser tabellen at dette er de tre områdene kommunene har iverksatt størst andel folkehelse tiltak. Disse tre områdene er også arbeid Helsedirektoratet har satsinger på med Program for folkehelsearbeid i kommunene, Leve hele livet og Nasjonalt program for et aldersvennlig Norge samt økt satsing på veiledning om iverksetting av tiltak knyttet til sosial ulikhet i helse i det lokale folkehelsearbeidet.

Riksrevisjonens rapport fra 2015 viste et annet bilde. Kommunene rapporterte også den gangen om psykisk helse og sosial ulikhet i helse som to av de største folkehelseutfordringene, men den gangen var det langt færre som hadde iverksatt tiltak knyttet til disse områdene. Majoriteten av tiltak ble iverksatt på områder som fysisk aktivitet og friluftsliv- og grøntområder. I Riksrevisjonens rapport ble dette blant annet forklart med historikk og kommuners handlingsrom. Levevaneområder som fysisk aktivitet og kosthold har lenge vært prioriterte satsinger innen folkehelse og dette er områder der kommunene har opparbeidet seg god kompetanse.

Den siste undersøkelsen viser i større grad en sammenheng mellom utfordringsbildet og iverksatte tiltaksområder. Dette kan være et resultat av at loven har eksistert i 10 år og systematikken har begynt å gjøre seg gjeldene i kommunene. Det kan også være en sammenheng med de nasjonale satsingene i

tillegg til regjeringen innsats for å øke antall psykologer i kommunene. Det blir interessant å følge utviklingen for å se hvordan kommunene klarer å møte utfordringsbildet med tiltak i årene fremover.

Områder som integrering og mangfold, friluftsliv og grøntområder, bolig og nærmiljø har noe høyere andel tiltak enn den andelen som går til det som er regnet som de største folkehelseutfordringene. Det kan ved første øyekast virke uhensiktsmessig, men i et bredere folkehelse- og helsefremmingsperspektiv kan disse områdene nettopp bidra til at folkehelseutfordringer i mindre grad gjør seg gjeldene fordi det er iverksatt tiltak tidlig nok. Dette er også tiltak som kan benyttes som verktøy i arbeidet for å fremme god psykisk helse og motvirke sosial ulikhet.

7.2.4. Evaluering av folkehelsearbeidet

Hensikten med å evaluere kommunens systematiske folkehelsearbeid er å sikre kontinuerlig utvikling i arbeidet samt gjøre forbedringer der det er behov.

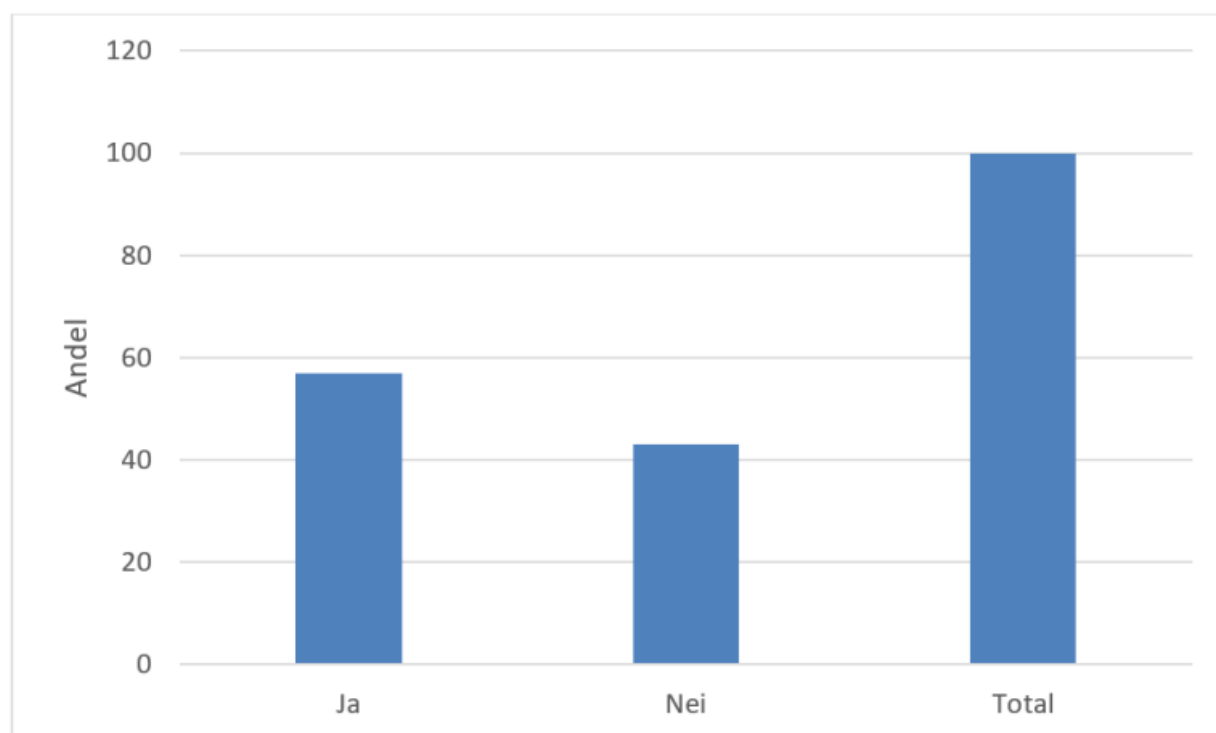
Kommunen skal med utgangspunkt i sitt utfordringsbilde forankre dette i plansystemet sitt og derigjennom få iverksatt tiltak. Kommunens evaluering av denne prosessen vil bidra til å vurdere om folkehelsen bedres over tid.

Det som skal vurderes er:

1. om kommunens folkehelsearbeid utvikles i riktig retning
2. hvilke forbedringsområder kommunen har i sitt systematiske folkehelsearbeid

Indikator:

- Andel kommuner som har gjennomgått og vurdert sitt systematiske folkehelsearbeid som evaluering av fireårsperioden.



Figur 7- 5. Kommuner som har evaluert sitt 4-årige folkehelsearbeid. Kilde: FHI og Helsedirektoratet.

Av kommuner som har svart på undersøkelsen er det i underkant av 60 prosent som bekrefter at i de har gjennomgått og vurdert sitt arbeid med folkehelse i 4-årsperioden. Samtidig er det over 40 prosent som sier de ikke har gjort en slik evaluering. Også her vil det være interessant å se hvordan utviklingen blir i årene fremover.

7.2.5. Avslutning

Dette kapitlet har sett på det lokale folkehelsearbeidet og kommuners systematiske arbeidsform slik folkehelseloven legger opp til. Ettersom dette er første år med styringsindikatorer for det systematiske folkehelsearbeidet er det ikke mulig å sammenligne med tidligere undersøkelser. Mye tyder likevel på at kommunene i større grad enn tidligere jobber systematisk og langsiktig i folkehelsearbeidet sammenlignet med det som framkom i Folkehelsepolitisk rapport fra 2015 og 2017 og Riksrevisjonens undersøkelse fra 2015. Tendensene vi ser fra årets undersøkelse blir derfor et godt utgangspunkt som blir viktig å følge opp gjennom flere undersøkelser i årene fremover.

