



0-13 år

# Barn og unge i Bergen

Helseatferd og påvirkningsfaktorer



BERGEN KOMMUNE

0-13 år

# Barn og unge i Bergen

Helseatferd og påvirkningsfaktorer





Foto fra Fargesall - Paul S. Amundsen

## Forord

Bergen er en fargerik og flott by. Nye nasjonale tall fra Folkehelseinstituttet viser at innbyggerne i Bergen har det generelt bra, og at vi på mange områder har det bedre enn snittet for resten av landet. Dette er selvsagt gledelig. Men man skal også være klar over at slike gjennomsnittstall kan skjule ulikheter og variasjoner i levekår. For å drive et mer treffsikkert folkehelsearbeid er det derfor viktig for Bergen kommune å ha en detaljert og geografisk oversikt over hvordan folk har det. Ved å ha god oversikt over hvordan helsetilstand, påvirkningsfaktorer, folkehelseutfordringer og ressurser er fordelt i kommunen, er det mulig å igangsette effektive tiltak der det trengs mest.

Hvordan vår helse blir når vi er voksne avgjøres ofte av faktorer som påvirker oss i barndommen. I et forebyggende og helsefremmende perspektiv er derfor tidlig innsats viktig. Med denne rapporten ønsker vi å rette fokuset mot den yngre befolkningen i Bergen, og belyse hvordan helseatferd og påvirkningsfaktorer er fordelt i byen vår. Etter det vi kjenner til er Bergen kommune den eneste kommunen i Norge med en slik geografisk oversikt over barn og unges helseatferd og påvirkningsfaktorer for helse, noe som gjør dette til nybrottsarbeid.

Byrådet er svært opptatt av å utvikle Bergen til en by der helsefremming og forebygging av sykdommer har høy prioritering. Denne rapporten er ment som et bidrag til dette arbeidet, og vil være et viktig grunnlag for Byrådets framtidige byplanlegging.

Denne rapporten er ikke en sykeliggjøring av ulike nærområder i Bergen, ei heller friskmelding av andre. Det er ikke slik at man på grunnlag av denne rapporten kan si at et område er bedre å bo i enn andre, da hvert eneste lokalsamfunn og nærområde i Bergen har sine positive kvaliteter og ressurser som gjerne ikke kommer til uttrykk i en slik rapport.

Hilde Onarheim  
Byråd for helse og omsorg



Hilde Onarheim





Foto: Scanstock

## Innhold

<b>FORORD</b> .....	5
<b>INNLEDNING</b> .....	8
Bakgrunn og formål.....	8
Helse – mer enn biologi.....	8
<b>METODE</b> .....	10
Levekårssoner og bydeler.....	10
Datagrunnlag og utvalg.....	10
Kart.....	10
Indikatorene.....	11
Feilkiler.....	11
<b>OVERSIKTSKART</b> .....	12
Levekårssoner i Bergen.....	12
Bydeler i Bergen.....	13
<b>GRUNNKRETSE OG LEVEKÅRSSONER</b> .....	14
<b>RESULTAT</b> .....	16
<b>KOSTHOLD</b> .....	
Amming.....	16
Frukt og grønt i 8. klasse.....	18
Frokost i 8. klasse.....	20
Skolemat i 8. klasse.....	22
<b>TANNHELSE</b> .....	
Hull i tennene ved skolestart.....	24
Hull i tennene i 8. klasse.....	26
<b>AKTIVITET PÅ FRITIDEN</b> .....	
Fysisk aktivitet i 8. klasse.....	28
Annen organisert aktivitet i 8. klasse.....	30
<b>PSYKISK HELSE</b> .....	
Psykiske plager i 8. klasse.....	32
Bekymring for noe hjemme i 8. klasse.....	34
<b>SØVN</b> .....	
Tilfredsstillende søvn ved skolestart.....	36
Opplevd søvn i 8. klasse.....	38
<b>SOSIALT NETTVERK</b> .....	
Ved 2-årskontroll.....	40
Ved skolestart.....	42
<b>RØYKING</b> .....	
6 måneder gamle barn som har foreldre som røyker.....	44
Skolestartbarn som har foreldre som røyker.....	46
<b>SPRÅK</b> .....	
Barn som ikke snakket godt norsk ved skolestart.....	48
<b>BEHANDLINGS- OG HJELPETJENESTER</b> .....	
Fast kontakt med behandlings- og/eller hjelpetjenester i 8. klasse.....	50
<b>OPPSUMMERING</b> .....	52
<b>PROSJEKTGRUPPEN</b> .....	53
<b>FORDELING PÅ INDIKATORENE</b> .....	54
<b>FOLKEMENGDE FORDELT PÅ ALDER</b> .....	56
<b>ALDERSFORDELING I LEVEKÅRSSONER</b> .....	57
<b>REFERANSER</b> .....	58



## Innledning

### Bakgrunn og formål

Gjennom den nye Folkehelseloven som trådte i kraft 1.1.2012, fikk kommunene ansvar for å ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen (§ 5). Bergen kommune har laget levekårsrapporter både i 2008 og 2011. Rapportene har omhandlet befolkningssammensetning, levekårsforhold og helsetilstand særlig for den voksne del av befolkningen. Kommunen har ikke hatt like tilgjengelig kunnskap om lokale oppvekstforhold og helserelatert atferd for barn og unge. I samsvar med § 5 i Folkehelseloven, samt § 3 i Forskrift om oversikt over folkehelsen, har Bergen kommune nå laget en rapport

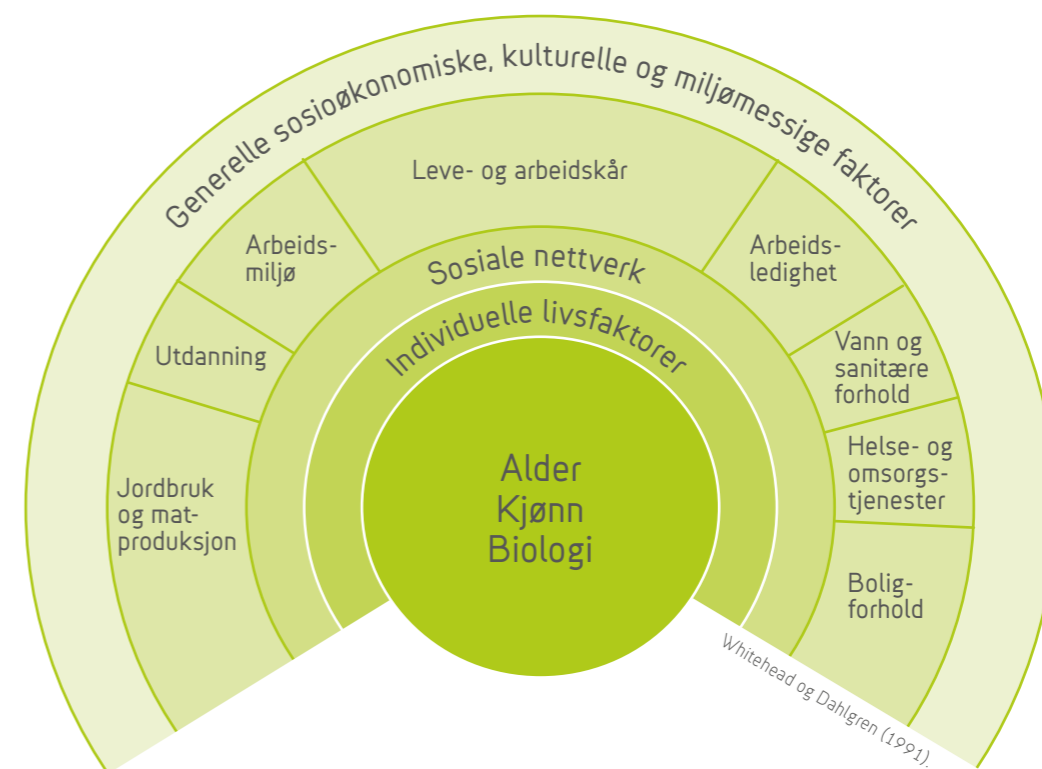
som omhandler helseatferd og påvirkningsfaktorer blant barn og unge i Bergen.

Bergen kommune har også plikt etter Helse og omsorgsloven § 4-2 til å «sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og bruker-sikkerhet.» Denne rapporten kan bidra til kommunens kvalitetsarbeid og medvirke til at tjenester av god kvalitet rettes mot de som trenger det mest. Den er et bidrag til helsestasjonenes- og skolehelsetjenestens arbeid med å kvalitetssikre egen innsats og tjeneste.

Rapporten bygger på informasjon innhentet gjennom den ordinære virksomheten, og er ikke et resultat av et forskningsarbeid. Rapporten kan likevel gi nyttig informasjon til politikere, virksomhets- og samfunnsplanleggere, offentlige og private institusjoner og folk flest, om hvordan helseatferd og påvirkningsfaktorer for helse ser ut til å være fordelt blant den yngre befolkningen i Bergen kommune. Rapporten peker på utfordringer og innsatsområder, og kan danne grunnlag for prioriteringer av tiltak. Det er både en kommunal og en nasjonal ambisjon å søke å utjamne sosiale helseforskjeller, slik at flest mulig får et godt liv der de kan realisere sine evner og forventninger. Dette er nedfelt i Folkehelselovens formålsparagraf (§ 1). I tillegg til at god folkehelse har betydning for den enkelte innbygger, vil god folkehelse også ha samfunnsøkonomisk betydning. En frisk og tilfreds befolkning bidrar til verdiskapning og velferd.

### Helse – mer enn biologi

De siste hundre årene har det norske samfunnet endret seg betraktelig. Vi har gått i fra å være blant de fattigste landene i verden til et av de rikeste. Denne utviklingen har ikke bare endret lommebøkene våre, men også folkehelsen. Mens infeksjoner og smittsomme sykdommer som tuberkulose tidligere var de største helseutfordringene, og de viktigste dødsårsakene, er det i dag ikke-smittsomme sykdommer som kreft, diabetes, kroniske lungesykdommer og hjerte- og kar-sykdommer som tar flest liv. De ikke-smittsomme sykdom-



mene forårsaket 67 % av dødsårsakene blant dem som døde før fylte 75 år i 2009 (Helsedirektoratet, 2013, a). I tillegg kommer sykdommer som man ikke dør av, men lider av over lengre tid, som psykiske lidelser og kroniske muskel- og skjelettlidelser. Disse sykdommene belaster den enkelte og har i tillegg samfunnsøkonomiske konsekvenser. Årsakene til ikke-smittsomme sykdommer er sammensatte, men det er god dokumentasjon for at vår livsstil enten kan minske eller øke risikoen for ulike sykdommer. Det er spesielt bruk av tobakk, fysisk inaktivitet, usunt kosthold og høyt alkoholforbruk som blir utpekt som de største individuelle risikofaktorene (Helsedirektoratet, 2013 a). De ikke-smittsomme sykdommene har derfor i stor grad et forebyggingspotensiale. Tidlig innsats kan hindre at uheldige vaner dannes og sykdom oppstår. Det er av den grunn svært viktig å ha oppmerksomhet rettet mot helsevaner blant barn og unge. Helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot de yngste kan bidra til at hver enkelt kan høste mange gode leveår.

Begrepet helseatferd brukes om både positive og negative levevaner og livsstil som har betydning for helsen, som blant annet fysisk aktivitet, kosthold og røyking. Med påvirkningsfaktorer menes alt fra samfunnsmessige forhold til vår individuelle biologi.

Helse er en sentral indikator på befolkningens levekår da dårlig helse ofte sammenfaller med andre levekårsutfordringer. Har man dårlig helse vil dette kunne påvirke evnen til arbeid, og dermed påvirke inntektsmuligheter, noe som igjen vil kunne gi utslag i dårligere levekår. Samtidig vet

man også at ugunstige levekår som dårlig bomiljø vil kunne påvirke helsen negativt. Helseutfordringer kan være både konsekvens av- og årsak til levekårene (Backer Grønning-sæter og Nielsen, 2011).

Et begrep som ofte blir benyttet i forbindelse med både helse og levekår er sosioøkonomisk status. De vanligste målene på sosioøkonomisk status er yrke, utdanning og inntekt. Disse tre kriteriene blir ofte kombinerte som et samlet mål. I Norge har vi en relativt god helse, sammenlignet med andre deler av verden. Men vi har også en ujevn fordeling av helse i befolkningen. Forskning viser at grupper med høy utdanning og inntekt oftere har bedre helse enn grupper med lav utdanning og inntekt. Dette har betydning også for barn.

I den norske undersøkelsen «Helsevaner blant skoleelever – En WHO-undersøkelse i flere land (HEVAS)» har man funnet at barn fra familier med lav sosioøkonomisk status skårer generelt lavere enn andre barn på indikatorer på sunne kostholdsvaner, livstilfredshet, subjektiv helse, skoletrivsel osv. Samtidig skårer de høyere på indikatorer som måler risikoatferd som stillesitting, tobakk- og alkoholbruk og mobbing (Samdal et.al, 2012).

Påvirkningsfaktorene for helse blir ofte illustrert med modellen til Whitehead og Dahlgren (1991) som viser hvordan ulike faktorer fra generelle samfunnsforhold som økonomisk utvikling, miljøbetingelser og politisk styring til individuelle egenskaper ved mennesket, bidrar til den enkeltes helse.





## Metode

### Levekårssoner

Gjennomsnittstall for helseatferd og påvirkningsfaktorer for en så stor by som Bergen kan kamuflere store forskjeller i befolkningen. Denne rapporten bygger derfor på samme mal som levekårsundersøkelsene gjennomført av Bergen kommune i 2008 og i 2011. Som i de foregående rapportene blir byen her delt inn i 51 levekårssoner, bestående av en gruppe på 2-17 grunnkretser. Dette er gjort ut fra en forhåndsvurdering av geografiske variasjoner i levekår. Hver levekårsone består gjennomsnittlig av ca. 5000 innbyggere (fra 2386 til 8883).

Ved å velge mange og relativt små soner i stedet for bydeler, og i tillegg gruppere grunnkretsene ut fra en forhåndsvurdering av variasjoner i levekår, vil en slik undersøkelse tydeliggjøre geografiske forskjeller i helseatferd og påvirkningsfaktorer. Størrelsen på sonene er ment å være av et omfang slik at det best kan legges til rette for gjennomførbare, økonomiske og praktiske tiltak.

### Datagrunnlag og utvalg

Rapporten bygger på journaldata fra kommunens helsestasjoner og skolehelsetjeneste. Journaldataene er registrert av helsesøstre og involverte leger. Informasjonen er kommet frem i samtaler under 6 måneders- og 2 års-kontroll, ved skolestartundersøkelse (5-6 år) og ved helseundersøkelse i 8. klasse (12-13 år). Informasjonen er foreldrerapportert til og med skolestartundersøkelsen, mens den er selvrapportert for 8.-klassingene. Samtalene har funnet sted ved kontroller ved helsestasjonene og skolehelsetjenesten over en tidsperiode på 3,5 år (januar 2010 – juni 2013). Informasjonen er registrert i journalsystemet HsPro (Visma Oppvekst Helseprofil), hvor det er koblet til postnummer og gatenavn, noe som gjør det mulig å gruppere data etter levekårssoner.

Tabellen viser det totale utvalget fordelt på de ulike aldersgruppene, samlet inn i en tidsperiode på 3,5 år. Svarprosent og gruppestørrelse på de ulike indikatorene kan leses på side 54 og 55.

### Kart

Kartene er utarbeidet ved Etat for plan og geodata, Bergen. Resultatene i rapporten presenteres i kart og søylediagram.

Det vil videre i teksten spesielt bli referert til rapporten fra 2011. Den viste at på klassiske indikatorer for voksenbefolkningen, som median bruttoinntekt og utdanning, var det forskjeller mellom de ulike levekårssonene. Indikatorer som mer direkte omhandlet barn og unge, som barnevernssaker, barneflyttinger og barnefattigdom, viste enda større forskjeller. På disse indikatorene hadde levekårssonene Slettebakken, Loddefjord, Olsvik, Fantoft, Sentrum, Nygårdshøyden/Møhlenpris, Laksevåg og Solheim de største utfordringene (Bergen kommune, 2011).

Denne rapporten om helseatferd og påvirkningsfaktorer blant barn og unge i Bergen bygger kun på data fra journalsystemet som benyttes i helsestasjoner og i skolehelsetjenesten. Det anbefales derfor at man også leser levekårsrapporten fra 2011.



### Indikatorene

Indikatorene som er inkludert i rapporten omhandler temaene kosthold, røyking, søvn, psykisk helse, sosialt nettverk og aktivitet på fritiden. Dette er helseatferd og påvirkningsfaktorer som direkte eller indirekte, kan knyttes til de største folkehelseutfordringene i dagens samfunn, nemlig overvekt, diabetes, hjerte- og karsykdommer, kreft og psykiske lidelser. Indikatorene som er valgt angår både individ, familier, lokalmiljø og kommunen generelt, og det er forsøkt å tydeliggjøre at disse står i gjensidig forhold til hverandre.

### Feilkilder

Informasjonen som danner datagrunnlaget er kommet frem i samtaler mellom helsesøstre og foreldre/foresatte eller ungdom, og det er ikke brukt standardiserte spørreskjema. Det vil være individuelle forskjeller i hvordan samtaler føres, og hvordan svar tolkes. Over 90 helsesøstre har bidratt til registreringene. Det er kontinuerlig fokus på kvalitetssikring av registrering av opplysninger i journalene, men det vil alltid kunne være forskjeller i registreringspraksis mellom ulike helsesøstre, og hos den enkelte helsesøster over tid. Denne rapporten sier noe om tendenser. Det er ikke uvanlig at individer, overrapporterer vaner som man vet er helsegunstige og underrapporterer vaner som er mindre gunstige. I en ikke-anonym situasjon som en helseundersøkelse, kan det tenkes at slike tendenser forsterkes. Dette kan for eksempel føre til at elever svarer at de spiser frukt og grønt hver dag, fordi de vet at det er sunt, eller at foreldre svarer at de ikke røyker, fordi de vet at røyking er helseskadelig.

På grunn av begrensninger i journalsystemet er det sannsynlig at noen plager og problemer ikke blir kategorisert, men blir journalført i fritekst under kategorien «annet». Slike opplysninger er ikke tatt med i denne rapporten.

Levekårssonene har ulik befolkningsstørrelse og antall personer i gruppene varierer. Derfor vil en enkelt persons respons utgjøre mer i prosenttall i små soner enn i store soner. Informasjon om gruppenes størrelse for de ulike indikatorene finnes på side 54 og 55. I teksten blir det hovedsakelig fokusert på andel (%) og ikke antall personer. For å unngå fare for indentifisering, blir det ikke presentert resultat fra grupper som består av mindre enn 50 individ, eller resultater under 5 %.

Rapporten vurderer ikke samvariasjon av ulike indikatorer. Det kan likevel tenkes at noen barn og unge vil ha en opphopning av gunstige eller ugunstige helsefaktorer. Rapporten er beskrivende og sier lite om årsaksforhold.

Ved kontroll/undersøkelse på helsestasjon og skolehelsetjenesten samtaler helsesøstre med foreldre og barn/ungdom om flere forhold enn det som er presentert her. Noe av denne informasjonen er tatt med i kommentarene til de ulike indikatorene, uten at de blir presentert i eget søylediagram.

Rapporten styrkes av utvalgets størrelse og den høye svarprosenten for de ulike indikatorene. Siden data er hentet fra helsestasjon og skolehelsetjenesten i hele Bergen kommune, vil de aller fleste barn og unge i de aktuelle aldersgruppene være inkludert i utvalget. Vi kjenner ikke til lignende rapporter i Norge.

Rapporten styrkes også av at de ansatte ved helsestasjoner og i skolehelsetjenesten i Bergen er helsepersonell med høy utdanning, og de har erfaring med å hente ut relevant informasjon i samtaler med foreldre, barn og unge. Ved å benytte data fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten har vi fått ny kunnskap og informasjon om lokale forhold, og dette kan gi utgangspunkt for videre undersøkelser.

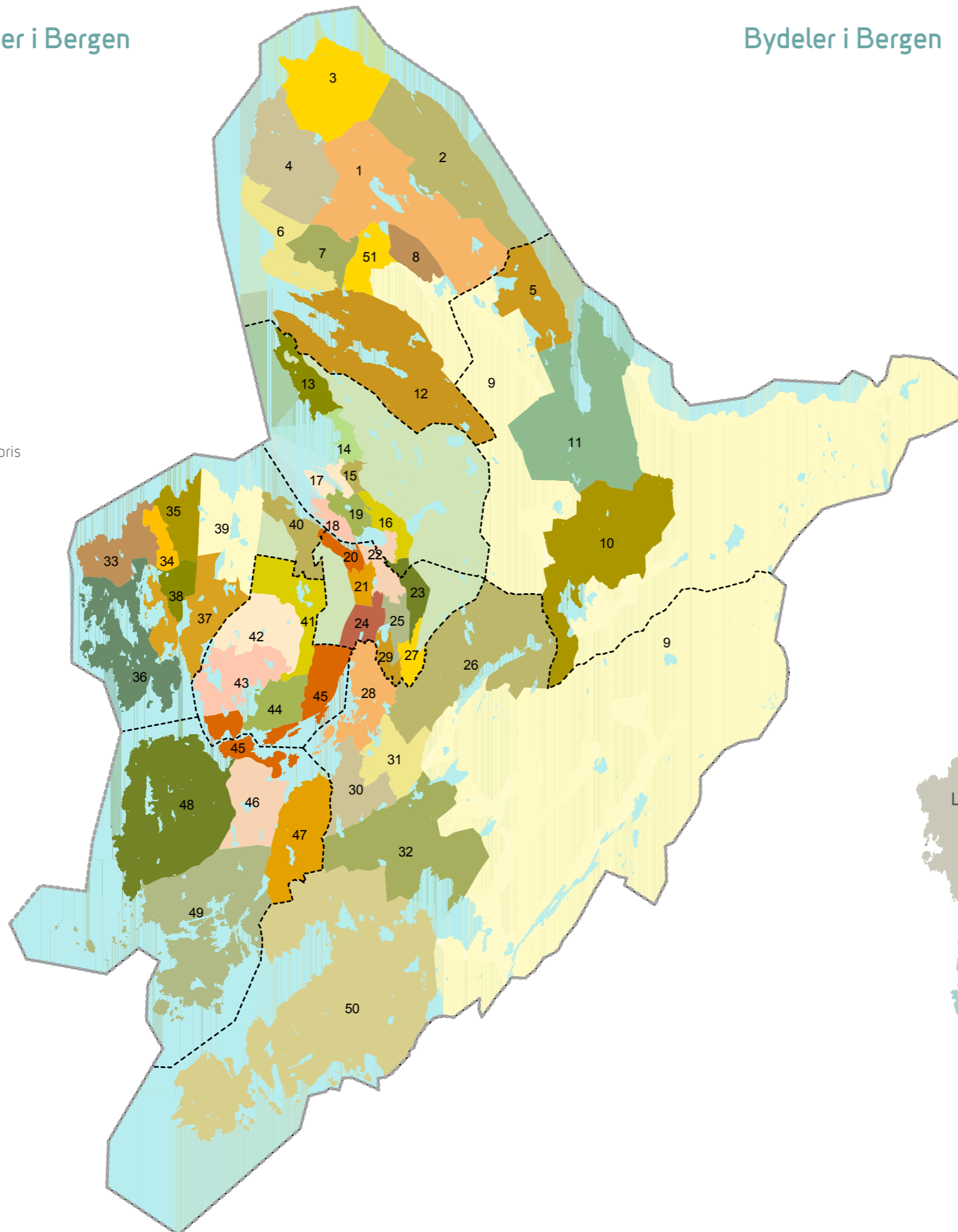


Foto: Scanstock



## Levekårssoner i Bergen

- 1 Nyborg
- 2 Breistein
- 3 Hordvik
- 4 Mjølkeråen
- 5 Ytre Arna
- 6 Morvik
- 7 Haukedal
- 8 Flaktveit
- 9 Gullfjellet
- 10 Espeland
- 11 Arna
- 12 Eidsvåg
- 13 Hellen
- 14 Sandviken
- 15 Fjellsiden nord
- 16 Fjellsiden sør
- 17 Vågen
- 18 Nygårdsh./Møhlenpris
- 19 Sentrum
- 20 Solheim nord
- 21 Solheim sør
- 22 Kronstad
- 23 Landås
- 24 Minde
- 25 Slettebakken
- 26 Sædalen
- 27 Nattlandsfjellet
- 28 Paradis
- 29 Fantoft
- 30 Skjold
- 31 Nesttun
- 32 Smørås
- 33 Godvik
- 34 Olsvik
- 35 Kjøkkelvik
- 36 Alvøy
- 37 Hetlevik
- 38 Loddefjord
- 39 Gravdal
- 40 Laksevåg
- 41 Øvre Fyllingen
- 42 Nordre Fyllingen
- 43 Søndre Fyllingen
- 44 Bønnesskogen
- 45 Kyrkjjetangen
- 46 Sandsli
- 47 Rå
- 48 Flesland
- 49 Ytrebygda
- 50 Fanabygda
- 51 Rolland



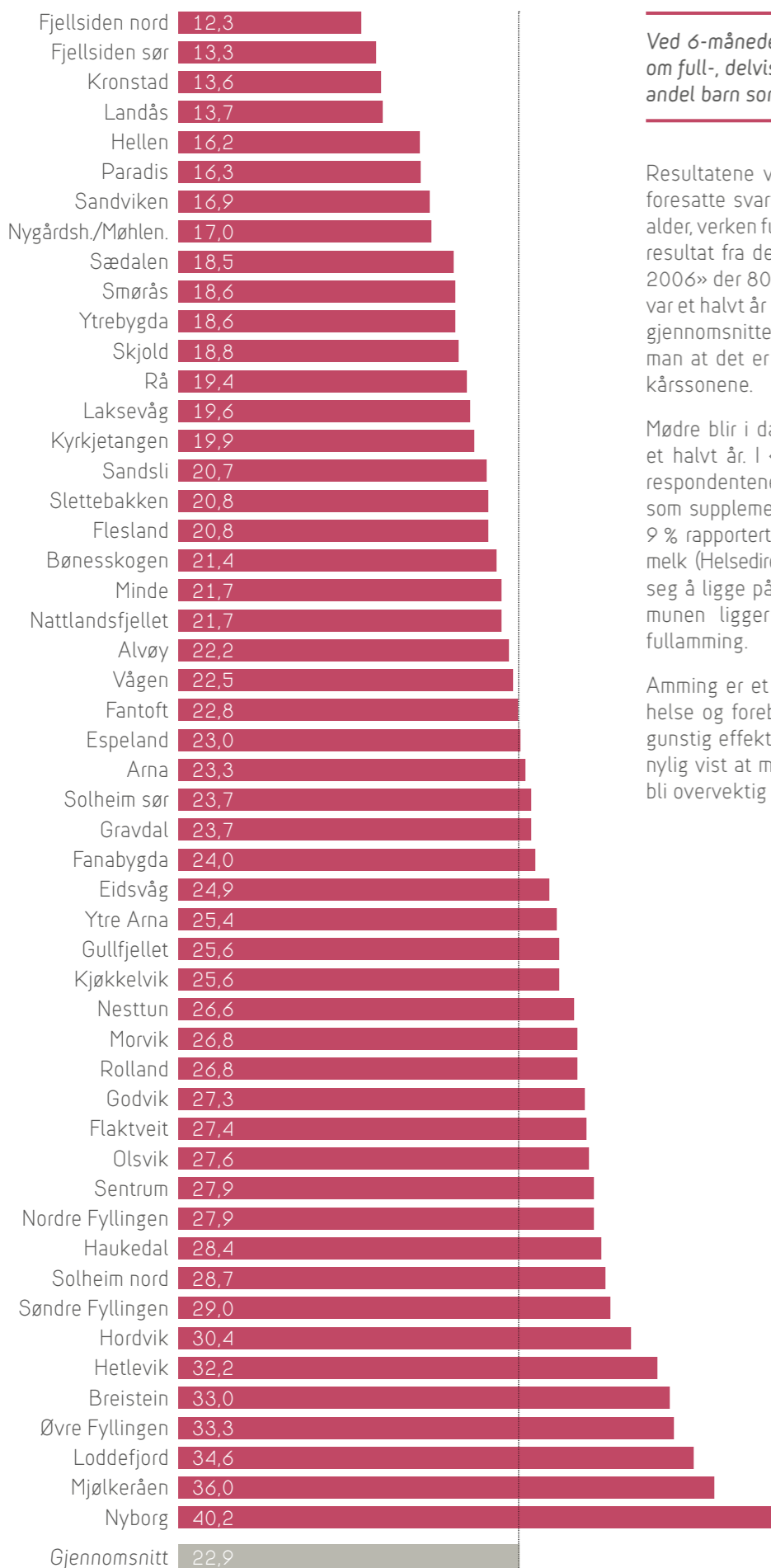
## Bydeler i Bergen







## Andel barn på 6 måneder som ikke ble ammet

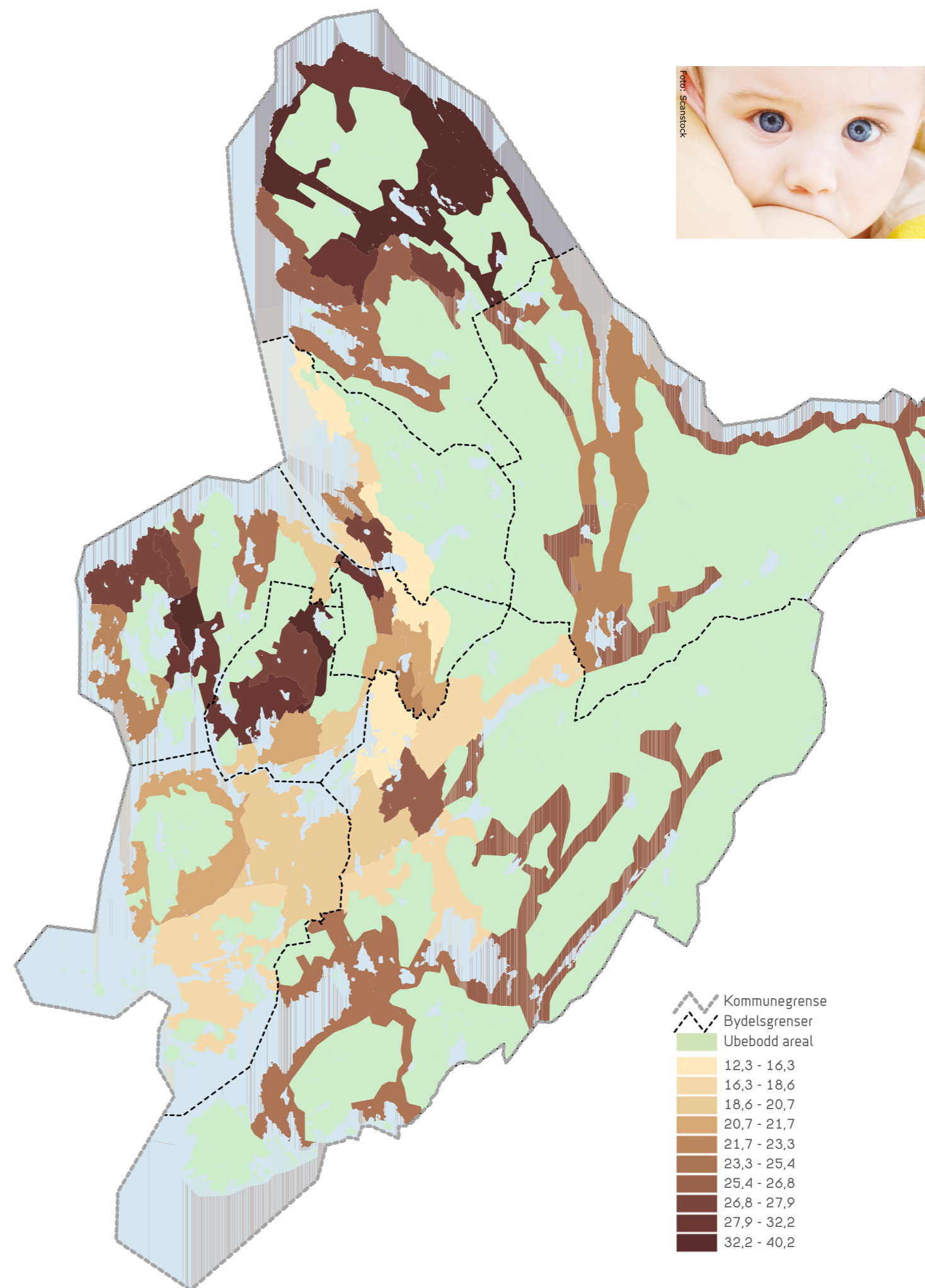


Ved 6-månederskontroll hos helsesøster ble foreldre spurt om full-, delvis- eller ingen amming. Søylediagrammet viser andel barn som ikke ble ammet.

Resultatene viser at gjennomsnittlig 22,9 % av foreldre/foresatte svarte at barnet ikke ble ammet ved 6 måneders alder, verken fullt eller delvis. Dette samsvarer i stor grad med resultat fra den nasjonale spørreundersøkelsen «Spedkost 2006» der 80 % av barna ble full- eller delvis ammet når de var et halvt år gamle (Helsedirektoratet, 2008). Men selv om gjennomsnittet ikke skiller seg stort fra nasjonale tall, ser man at det er svært store forskjeller mellom de ulike levekårssonene.

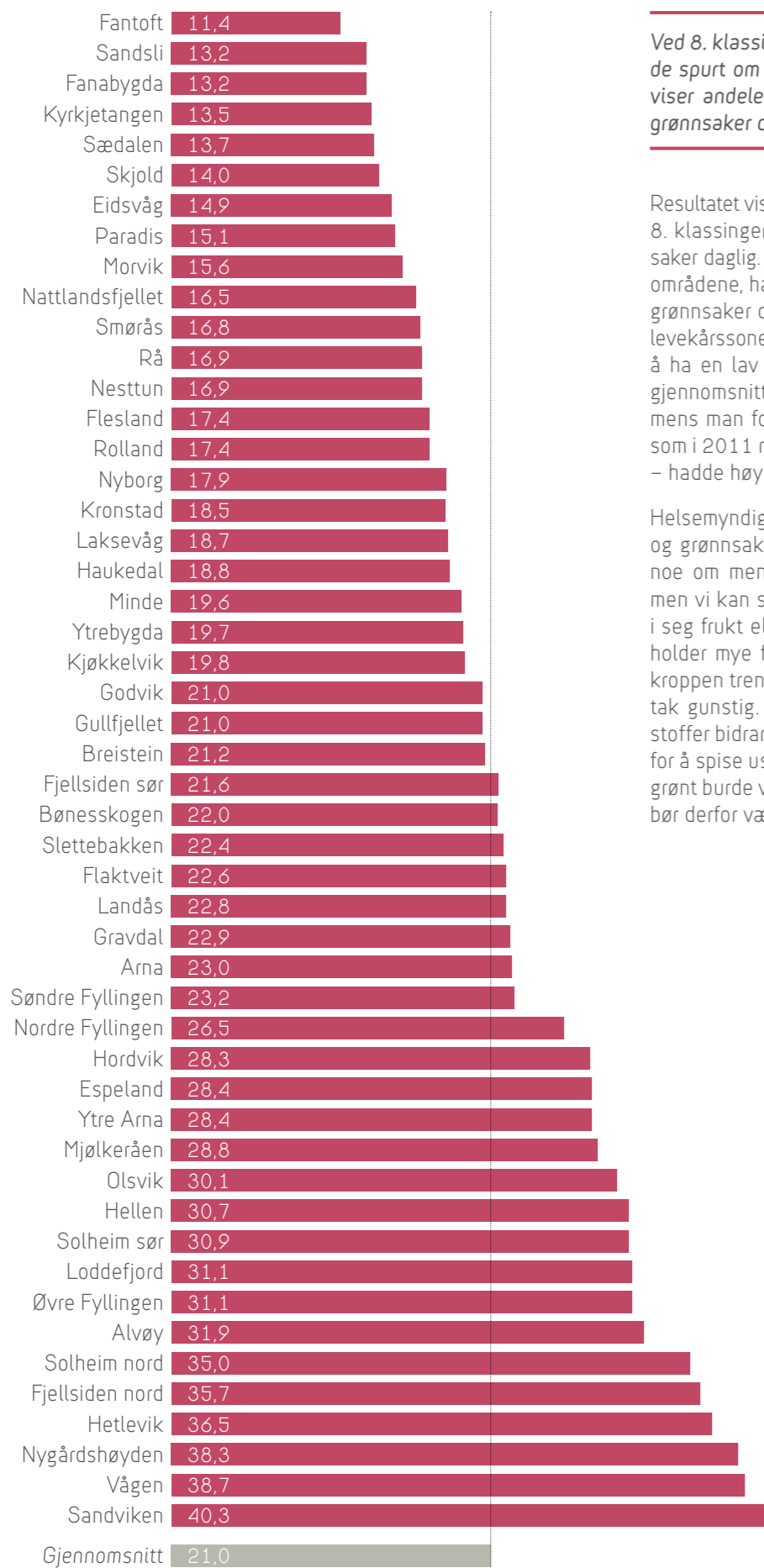
Mødre blir i dag oppfordret til å fullamme barnet til det er et halvt år. I «Spedkost 2006» rapporterte over 80 % av respondentene at barnet deres fikk grøt og/eller fruktmos som supplement til morsmelk, ved 6-månedersalderen. Kun 9 % rapporterte at barnet ble fullammet, dvs. kun fikk morsmelk (Helsedirektoratet, 2008). I Bergen viste denne andelen seg å ligge på 20 %. Dette kan være et uttrykk for at kommunen ligger over landsgjennomsnittet når det gjelder fullamming.

Amming er et av de mest effektive tiltakene for å fremme helse og forebygge sykdom hos spedbarn og kan også ha gunstig effekt på helsen senere i livet. Det er for eksempel nylig vist at morsmelkernærte barn har redusert risiko for å bli overvektig som voksen (Helsedirektoratet, 2013 b).





## Andel 8.-klassinger som ikke spiste frukt og grønt daglig

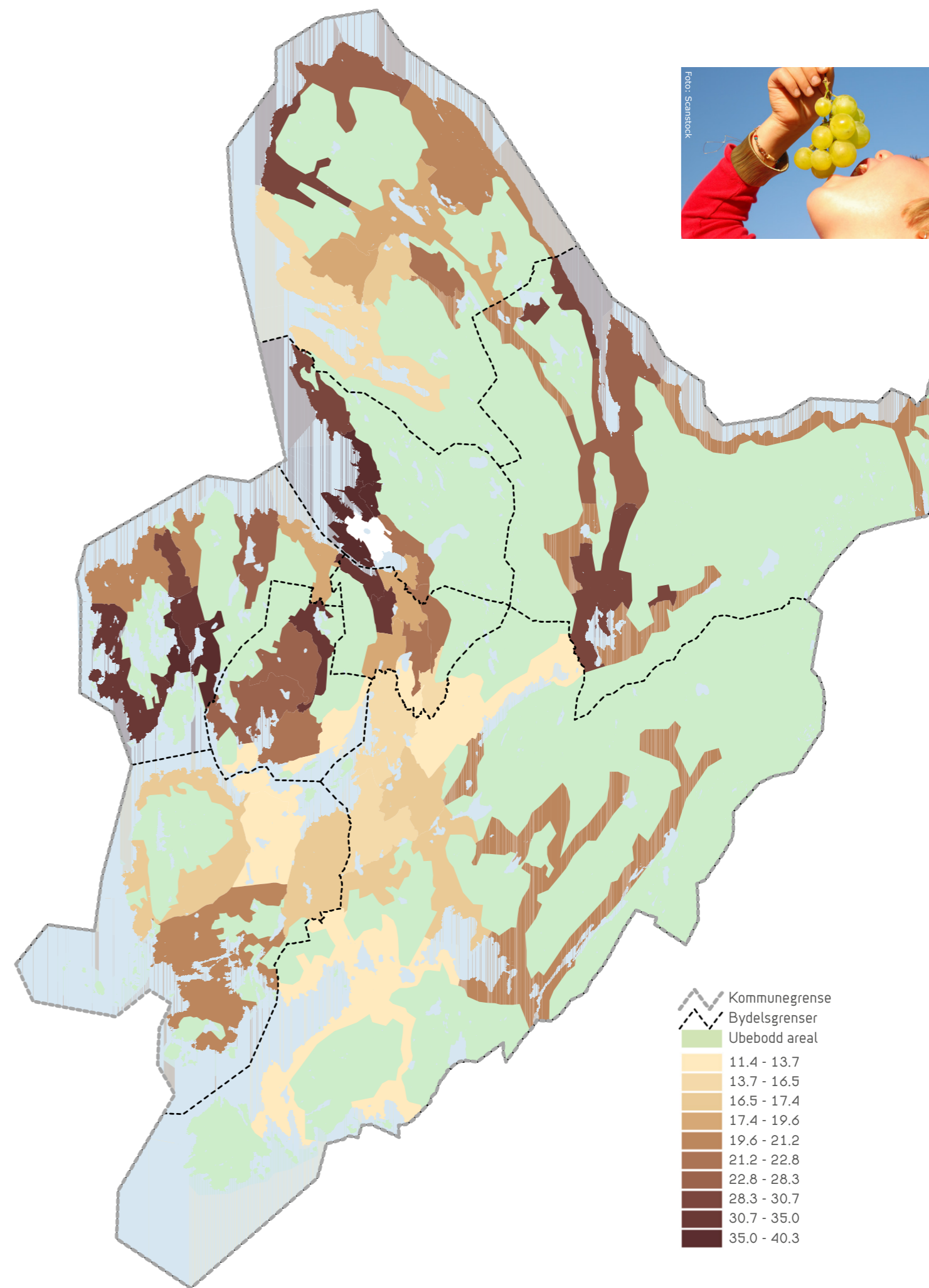


For få respondenter i Sentrum (< 50)

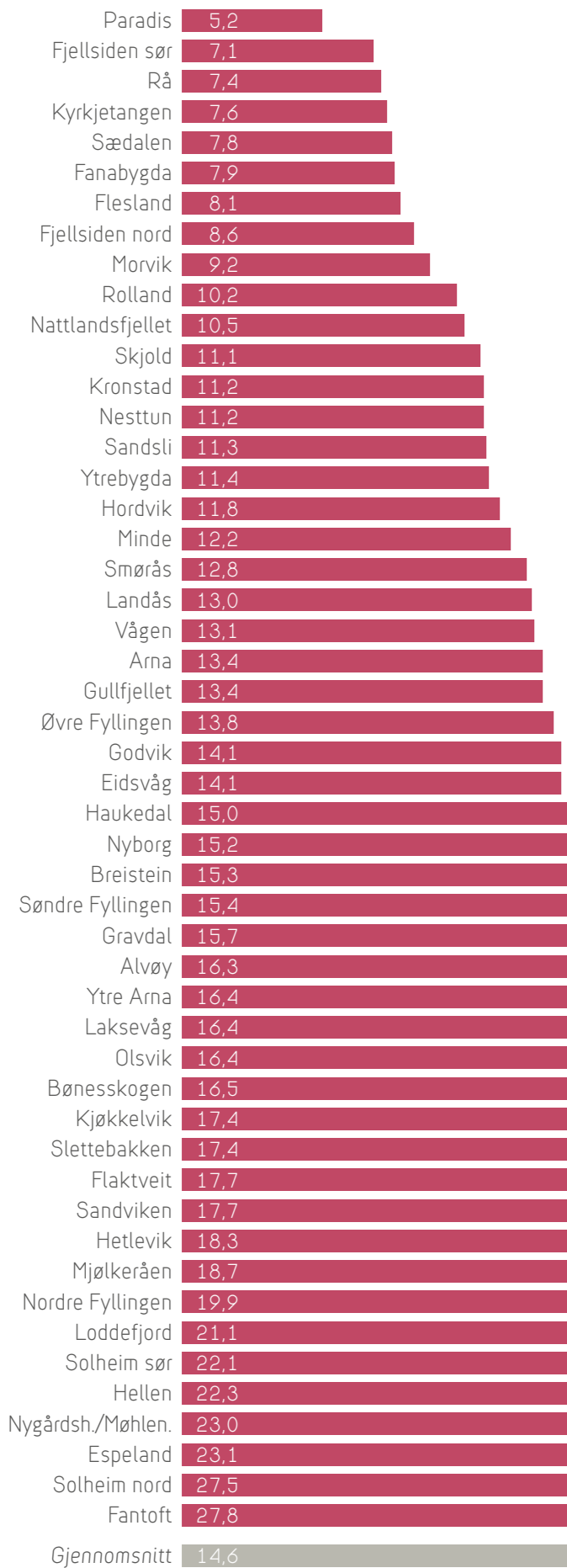
Ved 8. klassingenes helseundersøkelse hos helsesøster ble de spurt om deres frukt og grønt inntak. Søylediagrammet viser andelen som oppga at de ikke spiste frukt og/eller grønnsaker daglig.

Resultatet viser at det gjennomsnittlig var 21 % av kommunens 8. klassinger som sa at de ikke spiste frukt og/eller grønnsaker daglig. Sandviken, tett fulgt av de andre sentrumsnære områdene, hadde størst andel som ikke spiste frukt og/eller grønnsaker daglig. Det var store forskjeller mellom de ulike levekårssonene. Fjellsiden Nord, som i 2011-rapporten viste å ha en lav andel med lav utdanning, og en inntekt over gjennomsnittet, kommer nokså langt ned på denne listen, mens man for levekårssoner som Laksevåg og Breistein – som i 2011 rapporten hadde lavere sosio-økonomisk status – hadde høyere inntak av frukt og grønt.

Helsemyndighetene anbefaler at man spiser minst fem frukt og grønnsaker om dagen. Ut fra HsPro-data kan vi ikke si noe om mengden frukt og grønt ungdommene fikk i seg, men vi kan si at en av fem 8.-klassinger i Bergen ikke fikk i seg frukt eller grønnsak daglig. Frukt og grønnsaker inneholder mye fiber, samt mange vitaminer og næringsstoffer kroppen trenger. Spesielt for en kropp i vekst er et høyt inntak gunstig. I tillegg til å gi kroppen nødvendige næringsstoffer bidrar også et høyt inntak til at det blir mindre behov for å spise usunn mat. At barn og unge får i seg nok frukt og grønt burde være av interesse for både hjem og skole, og det bør derfor være et naturlig innslag på begge arenaer.



## Andel 8.-klassinger som ikke spiste frokost hver dag



For få respondenter i Sentrum (< 50)

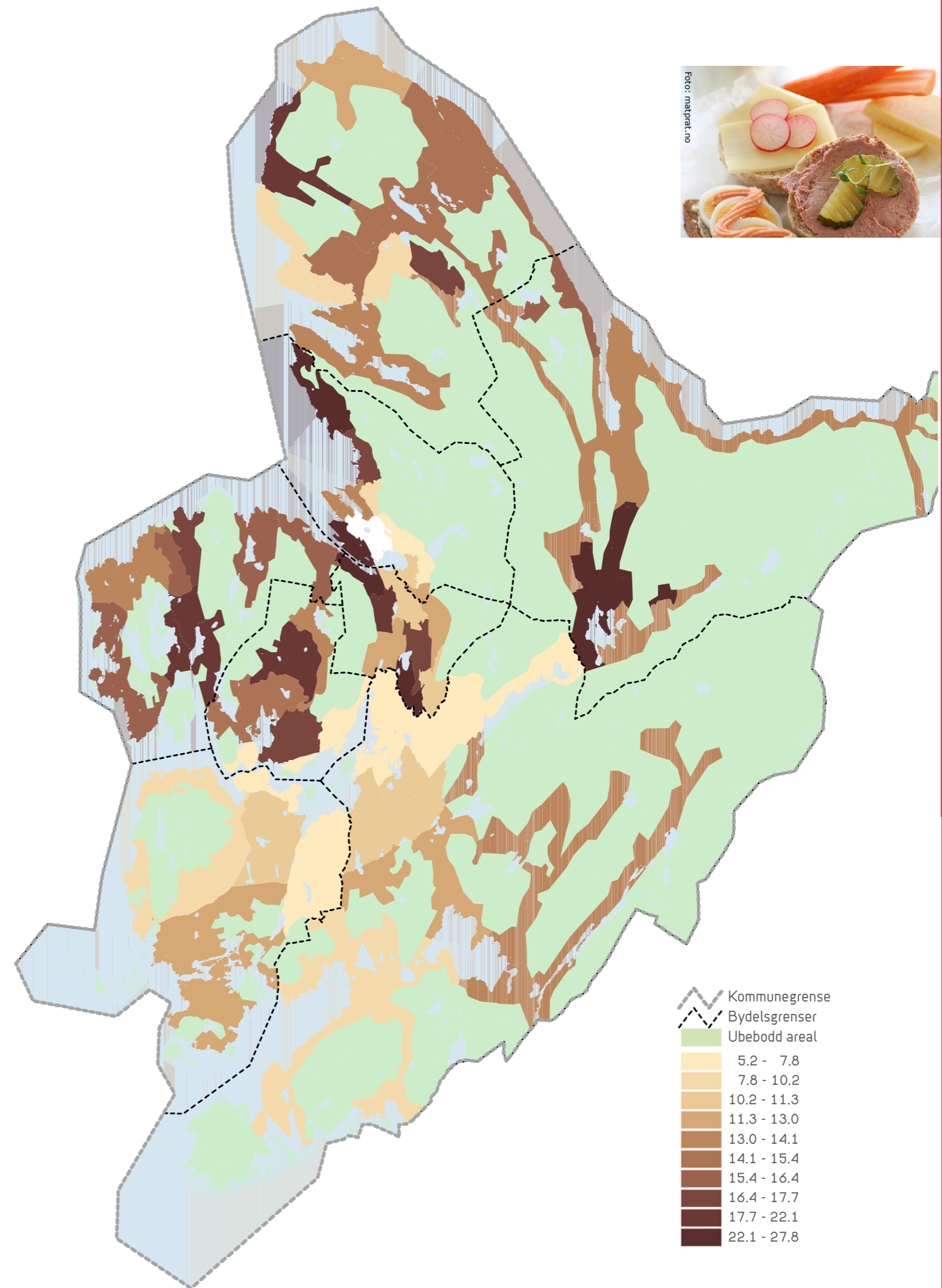
Ved 8.-klassingenes helseundersøkelse hos helsesøster ble de spurt om deres måltidsvaner. Søylediagrammet viser andel som oppga at de ikke spiste frokost hver dag.

Andelen 8.-klassinger som fortalte til helsesøster at de ikke spiste frokost hver dag ligger gjennomsnittlig, for hele kommunen under ett, på 14,6%. Det er store forskjeller mellom de ulike levekårssonene, med en spesielt høy andel på Fantoft og Solheim som sa de ikke spiste frokost hver dag.

Sammenligner man resultatene på denne indikatoren med de ulike sonenes samlede resultat i 2011-rapporten, ser man at de sammenfaller noe mer enn det som var tilfellet for frukt- og grøntinntak. Men om de to søylediagrammene sammenlignes, ser man at flere av levekårssonene med høy andel respondenter som ikke spiste frukt og grønt daglig også hadde en høy andel som ikke spiste frokost daglig.

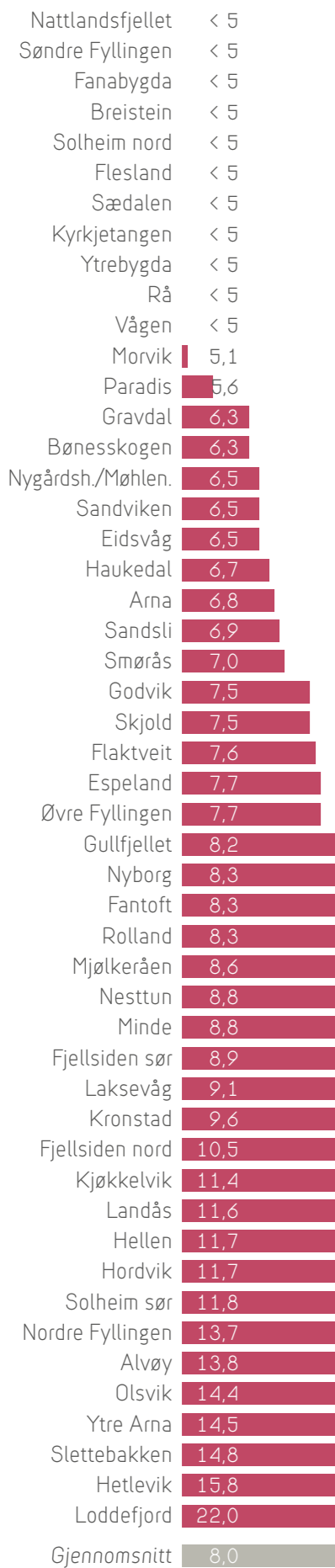
At barn og unge spiser frokost er selvsagt et ansvar som ligger hos foreldrene, men i de fleste familier er hverdagen travel og det er nok mange ungdommer som har ansvar for egne morgenrutiner. Da er det viktig at de har kunnskap om at et sunt kosthold også innebærer sunne måltidsvaner, og at frokost er viktig for å trives og gjøre det bra, både på skolen og på fritiden.

En studie utført ved Folkehelseinstituttet viste at jo sjeldnere elever (13-15 år) spiste frokost, desto mindre fornøyde var de med egne skoleprestasjoner. Denne sammenhengen mellom frokostspising og selvrapporterte skoleprestasjoner var også sterk etter at det var kontrollert for psykiske plager og foreldrenes inntekt og utdanning (Helland og Mathisen, 2009).





## Andel 8.-klassinger som ikke spiste mat på skolen hver dag



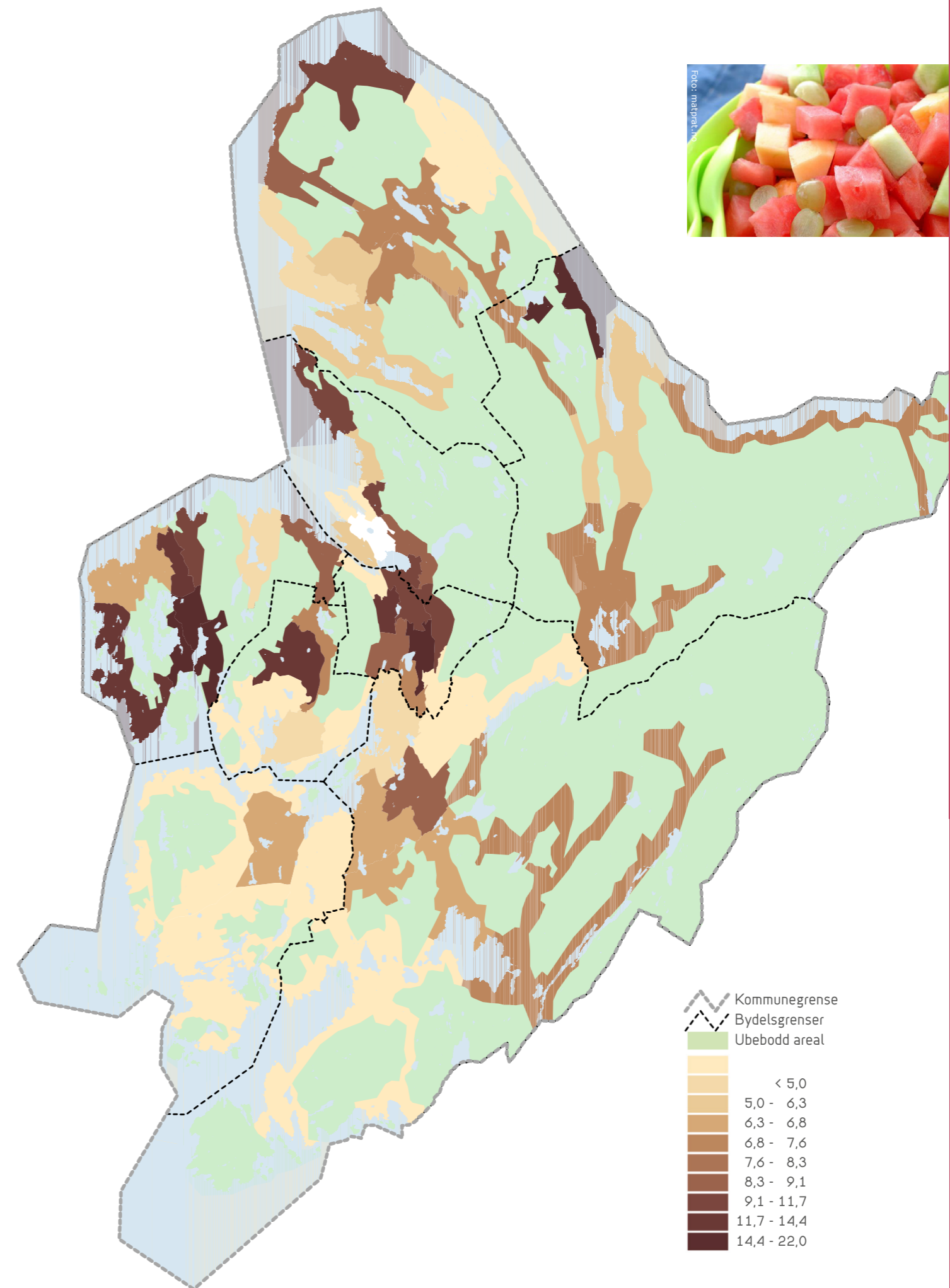
For få respondenter (< 50) i Sentrum.

Ved 8.-klassingenes helseundersøkelse hos helsesøster ble de spurt om måltidsvaner. Søylediagrammet viser andelen som oppga at de ikke spiste mat på skolen hver dag.

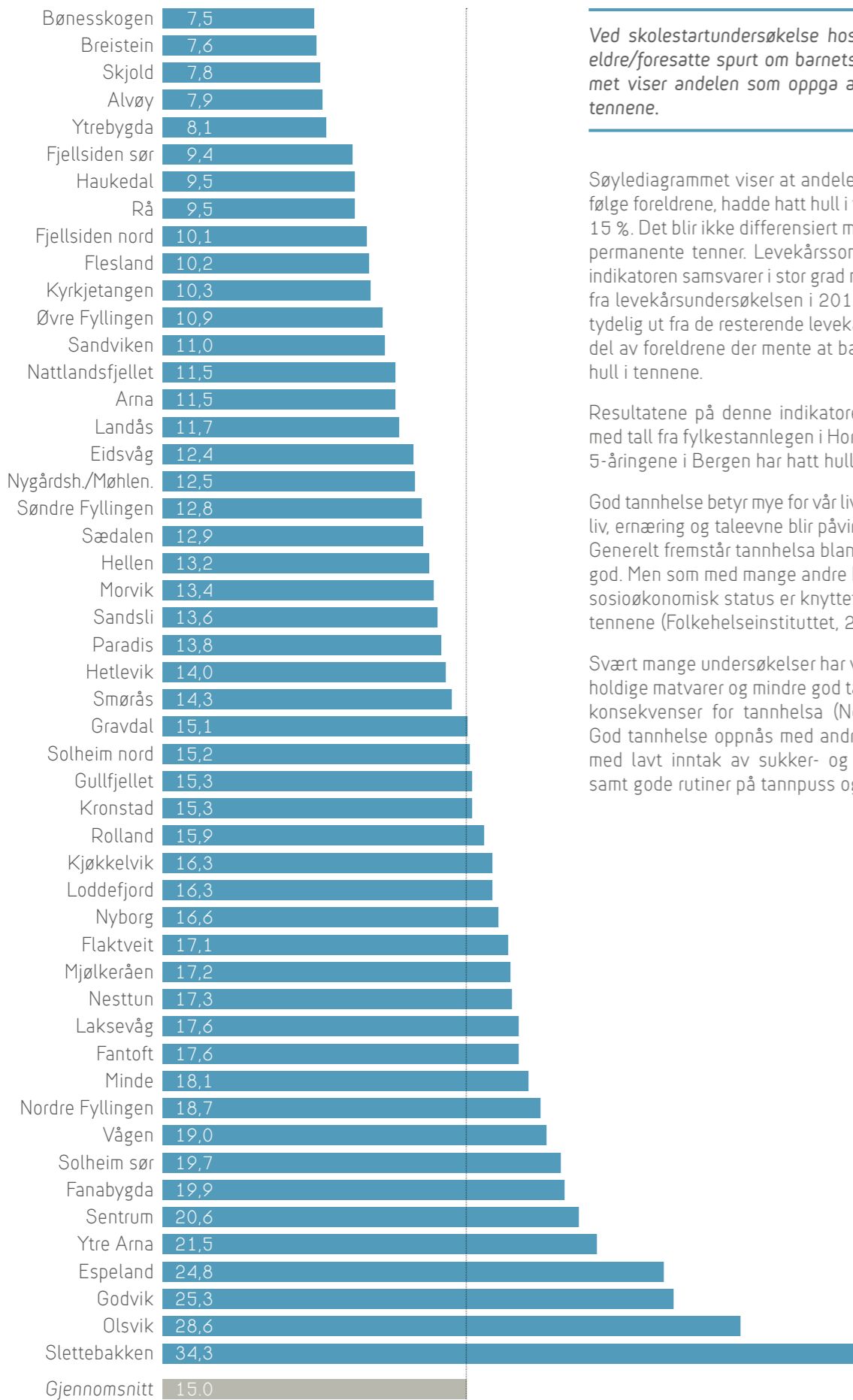
Resultatene viser at 8 % av 8.-klassingene i Bergen fortalte at de ikke spiste skolemat hver dag, altså mindre enn en av ti. Dette inkluderer både medbrakt nistemat og mat fra skolekantine. Selv om de aller fleste sa de spiste skolemat hver dag, ser man også at det er noen forskjeller mellom levekårssonene. Loddefjord skiller seg ut med størst andel ungdom som sa de ikke spiste skolemat hver dag.

Selv om resultatene på denne indikatoren viser at det var liten variasjon mellom de aller fleste sonene, er det verdt å merke seg de sonene som stikker seg ut. Sonene der det var over 13 % som ikke spiste skolemat hver dag, viste seg i 2011-rapporten å ha høy andel voksne med lav utdanning og/eller var under gjennomsnittet på inntekt. Det er også verdt å merke seg positive resultat for Breistein og Solheim Nord, som har mange ungdommer som sier at de spiser mat på skolen hver dag.

Barn og unge tilbringer mye av hverdagen på skolen. Det er derfor svært viktig at de i løpet av dagen får i seg god og sunn mat som kan gi energi til å opprettholde konsentrasjon, læringsvilje og humør. At mer enn ni av ti unge sier de spiser skolemat er veldig positivt. Vi trenger mer kunnskap om kvaliteten på måltidene de inntar på skolen. Dette er ett av flere forhold det kan være interessant å se nærmere på i videre undersøkelser.



## Andel barn som hadde hatt hull i tennene ved skolestart



\* For få respondenter i Hordvik (< 50)

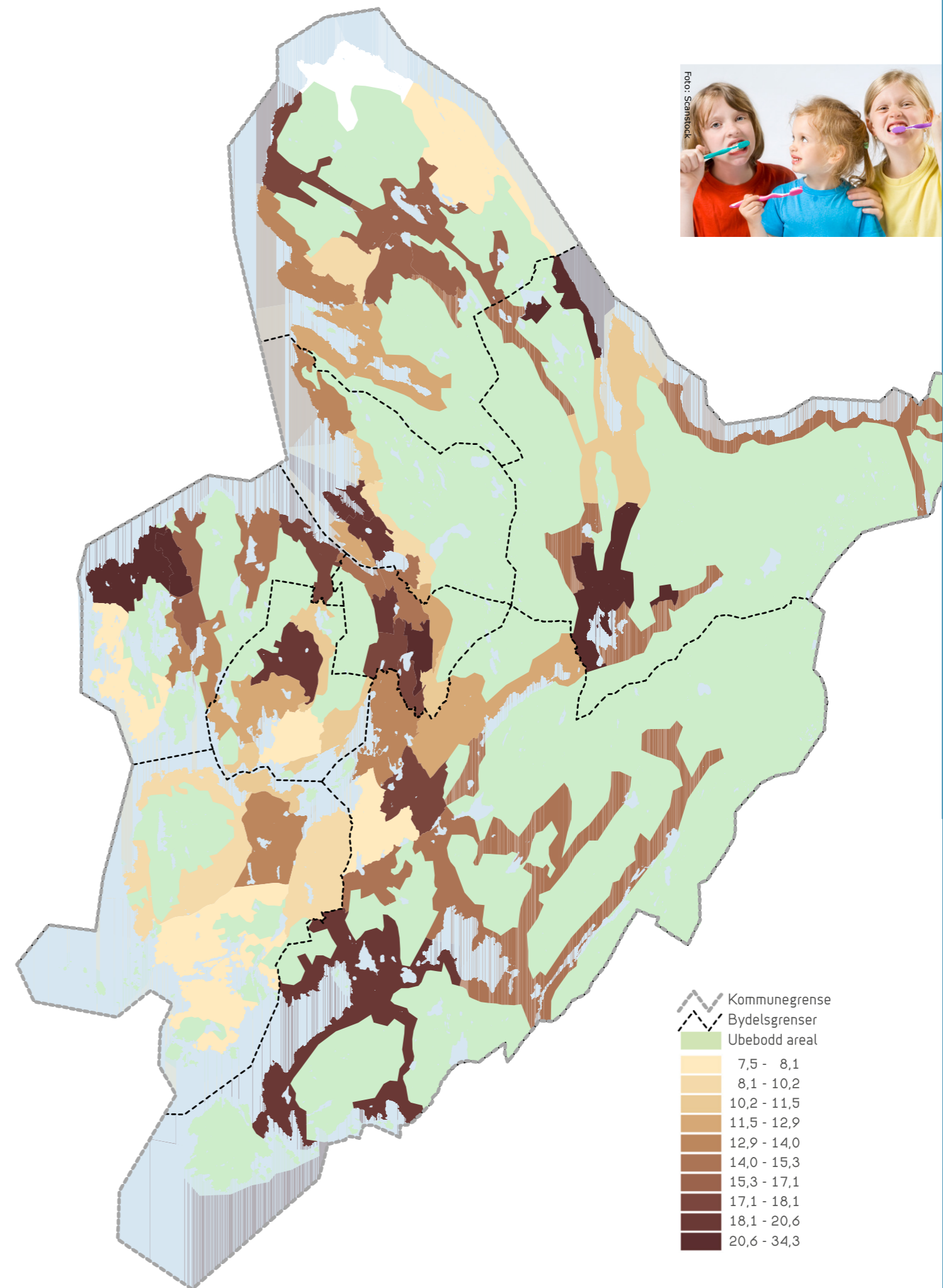
Ved skolestartundersøkelse hos helsesøster/lege ble foreldre/foresatte spurt om barnets tannhelse. Søylediagrammet viser andelen som oppga at barnet hadde hatt hull i tennene.

Søylediagrammet viser at andelen 6-åringer i Bergen som, i følge foreldrene, hadde hatt hull i tennene var gjennomsnittlig 15 %. Det blir ikke differensiert mellom hull i melketenner og permanente tenner. Levekårssonenes plassering på denne indikatoren samsvarer i stor grad med de samlede resultatene fra levekårsundersøkelsen i 2011. Slettebakken skiller seg tydelig ut fra de resterende levekårssonene da over en tredje del av foreldrene der mente at barna hadde eller hadde hatt hull i tennene.

Resultatene på denne indikatoren er i stor grad i samsvar med tall fra fylkestannlegen i Hordaland som sier at 18 % av 5-åringene i Bergen har hatt hull i tennene.

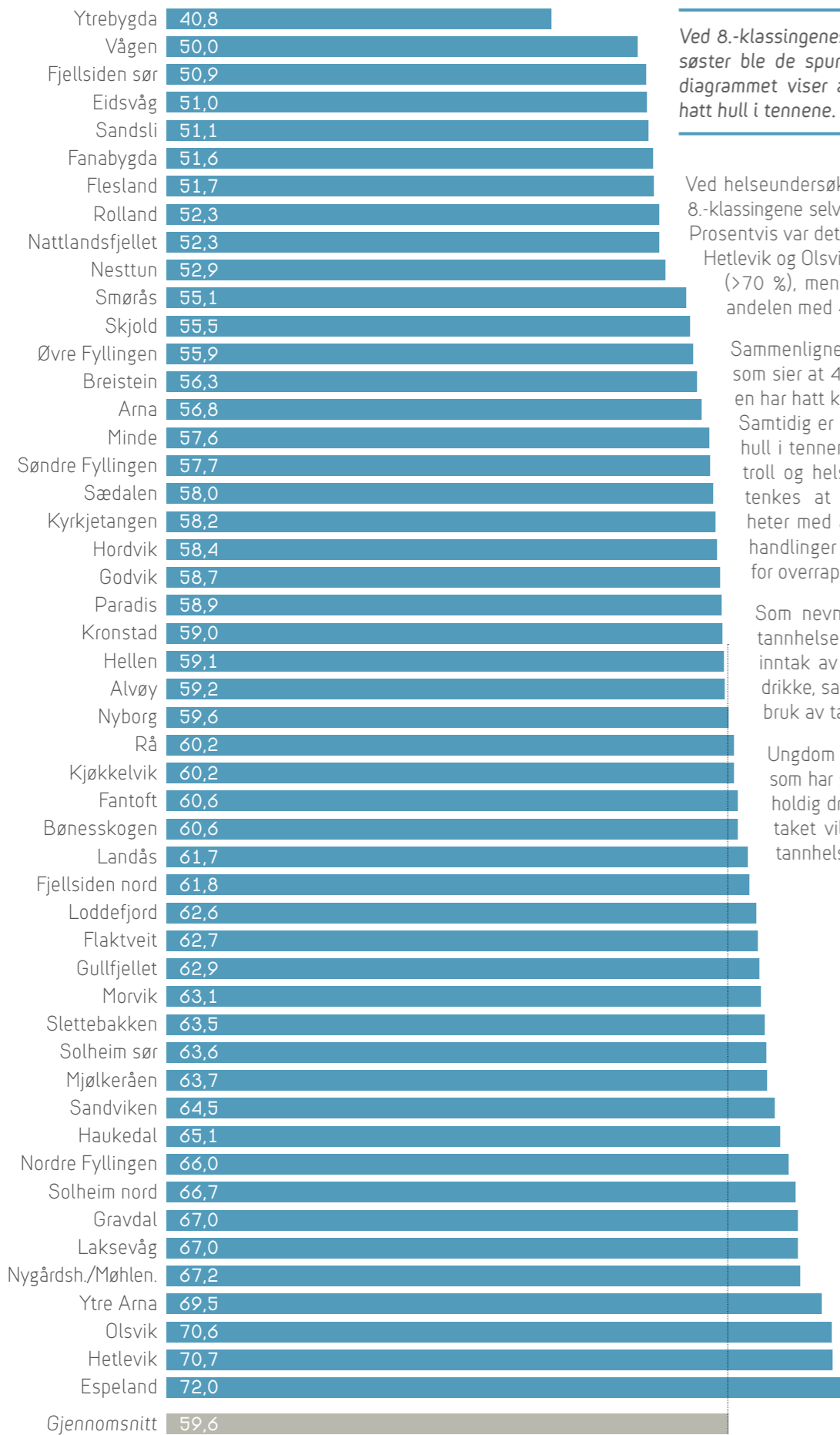
God tannhelse betyr mye for vår livskvalitet. Både vårt sosiale liv, ernæring og taleevne blir påvirket av status på tannhelse. Generelt fremstår tannhelse blant barn og unge i Norge som god. Men som med mange andre helseindikatorer ser man at sosioøkonomisk status er knyttet til ujevn fordeling av hull i tennene (Folkehelseinstituttet, 2010, a).

Svært mange undersøkelser har vist at økt inntak av sukkerholdige matvarer og mindre god tannhygiene kan gi uheldige konsekvenser for tannhelse (Nordrehaug Åstrøm, 2009). God tannhelse oppnås med andre ord gjennom et kosthold med lavt inntak av sukker- og syreholdig mat og drikke, samt gode rutiner på tannpuss og bruk av tanntråd.





## Andel 8.-klassinger som hadde hatt hull i tennene



\* For få respondenter i Sentrum (< 50)

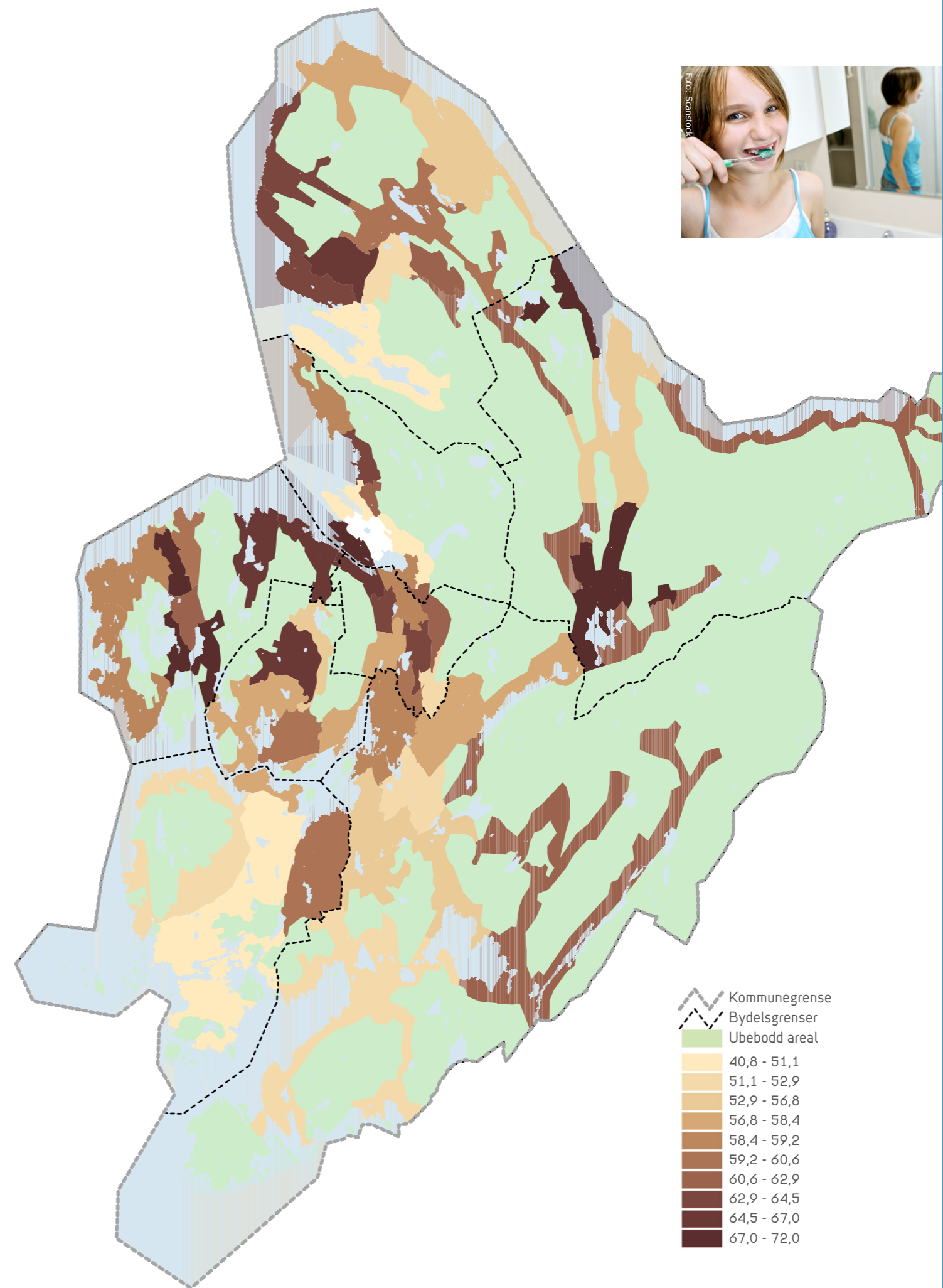
Ved 8.-klassingenes helseundersøkelse hos helse-søster ble de spurt om deres tannhelse. Søylediagrammet viser andelen som mente de hadde hatt hull i tennene.

Ved helseundersøkelsen mente omtrent 60 % av 8.-klassingene selv at de hadde hatt hull i tennene. Prosentvis var det flest ungdommer på Espeland, Hetlevik og Olsvik som mente de hadde hatt hull (>70 %), mens Ytrebygda hadde den minste andelen med 40,8 %.

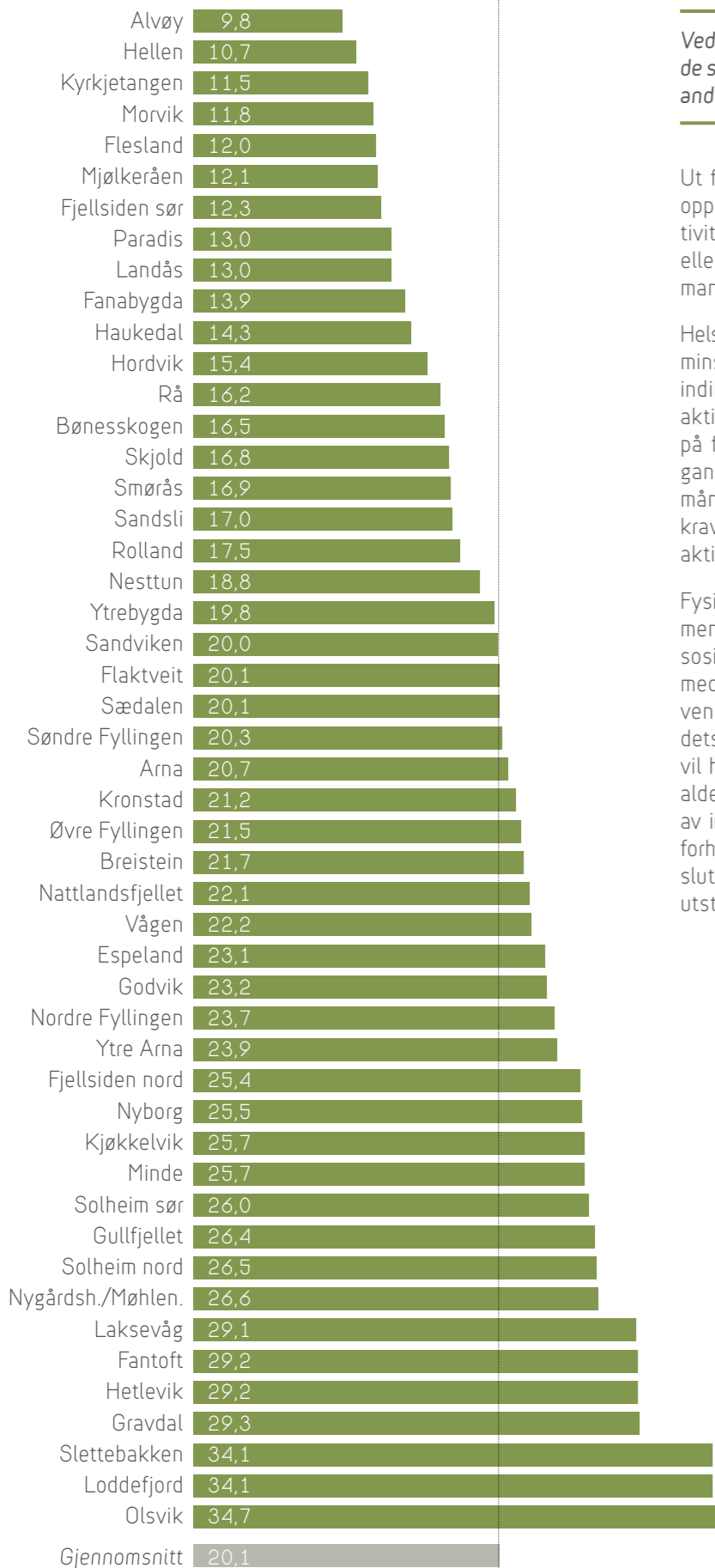
Sammenlignet med tall fra fylkestannlegen som sier at 46 % av 12-åringene i kommunen har hatt karies, kan 60 % virke noe høyt. Samtidig er det mulig at noen flere har fått hull i tennene i året mellom tannhelsekontroll og helseundersøkelse. Det kan også tenkes at 8.klassingene har vanskeligheter med å skille mellom ulike typer behandlinger tannlegen utfører og at de derfor overrapporterer noe.

Som nevnt på forrige side oppnås god tannhelse gjennom et kosthold med lavt inntak av sukker- og syreholdig mat og drikke, samt gode rutiner på tannpuss og bruk av tanntråd.

Ungdom og unge voksne er den gruppen som har størst inntak av sukker- og syreholdig drikke, og reduksjon av dette inntaket vil absolutt være fordelaktig for tannhelsen (Helsedirektoratet, 2013 c).



## Andel 8.-klassinger som ikke var fysisk aktive på fritiden



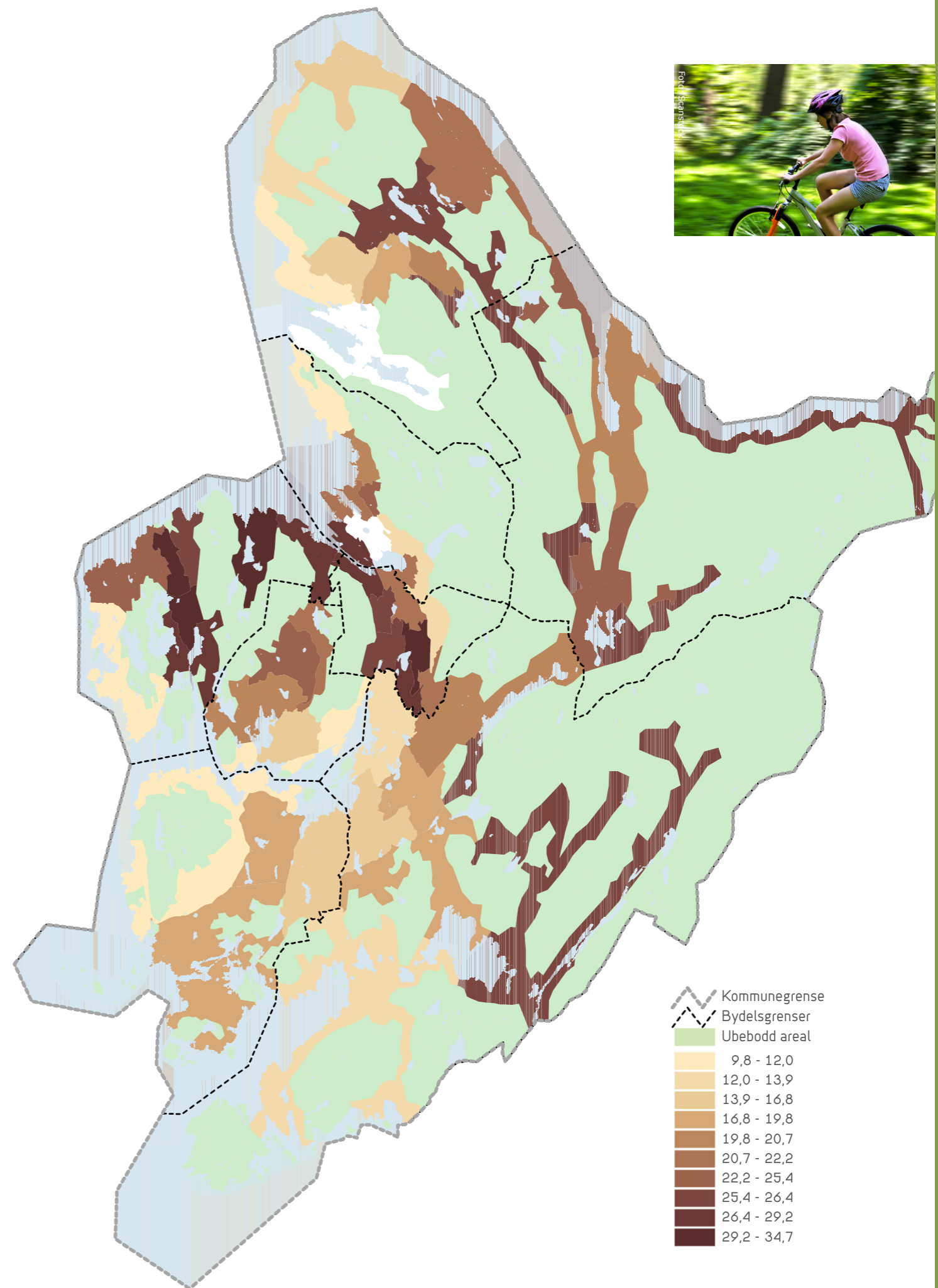
For få respondenter i Sentrum (< 50).

Ved 8.-klassingenes helseundersøkelse hos helsesøster ble de spurt om fysisk aktivitet på fritiden. Søylediagrammet viser andelen som oppga at de ikke var fysisk aktive på fritiden.

Ut fra oversikten kan man lese at 20 % av 8.-klassingene oppga at de ikke var fysisk aktive på fritiden. Med fysisk aktivitet menes både idrett og mosjon som man blir svett og/eller andpusten av. Størst andel som ikke var aktive finner man i Olsvik, Loddefjord og på Slettebakken.

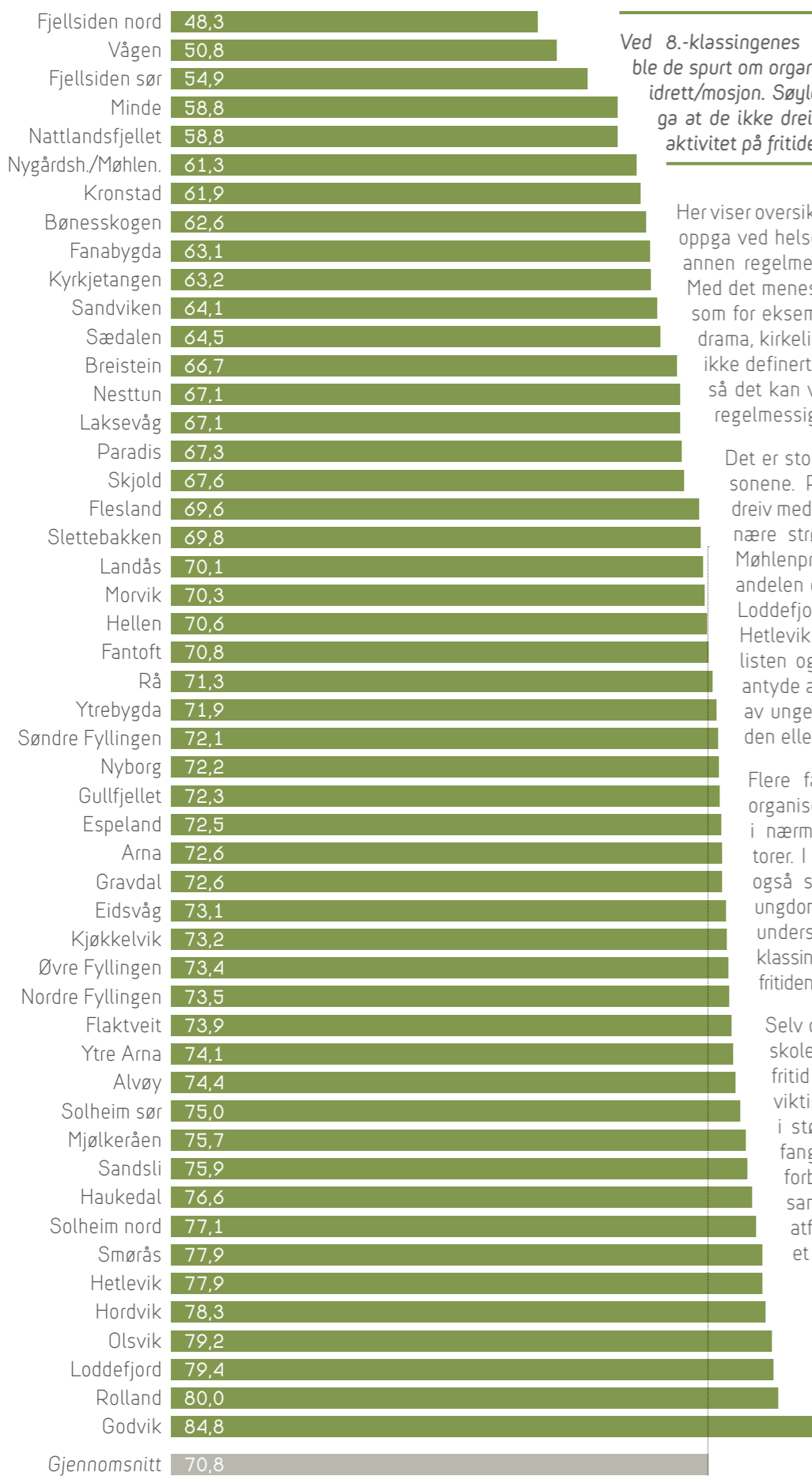
Helsedirektoratet anbefaler barn og unge å være fysisk aktive minst 60 minutter hver dag. Av alle som svarte på denne indikatoren var det kun 9 % som kunne rapportere om fysisk aktivitet hver dag på fritiden. 26,5 % sa de var fysisk aktive på fritiden 4-6 ganger per uke, 35,5 % sa de var det 2-3 ganger per uke, mens 9 % var aktive mellom en gang per måned og en gang per uke. Denne indikatoren stiller ikke krav til varighet på aktiviteten, og tar heller ikke med fysisk aktivitet i skoletiden.

Fysisk aktivitet har uten tvil positive kroppslige effekter, men det er også svært viktig for mestring og utvikling av sosiale nettverk. Barn og unge som er fysisk aktive sammen med andre vil ha økte muligheter for å oppleve sosial støtte, vennskap og tilhørighet, noe som videre kan styrke individets psykiske helse. Den som er fysisk aktiv i oppveksten vil ha større sannsynlighet for å være fysisk aktiv i voksen alder. Ungdommers aktivitetsnivå blir blant annet påvirket av individuelle forhold som motivasjon og interesse, familiære forhold som økonomi og foreldrenes aktivitetsnivå, og til slutt av strukturelle forhold som tilgang på idrettsanlegg, utstyr og uteområder (Wold, 2009).





## Andel 8.-klassinger som ikke drev med regelmessig organisert aktivitet på fritiden



For få respondenter i Sentrum (< 50).

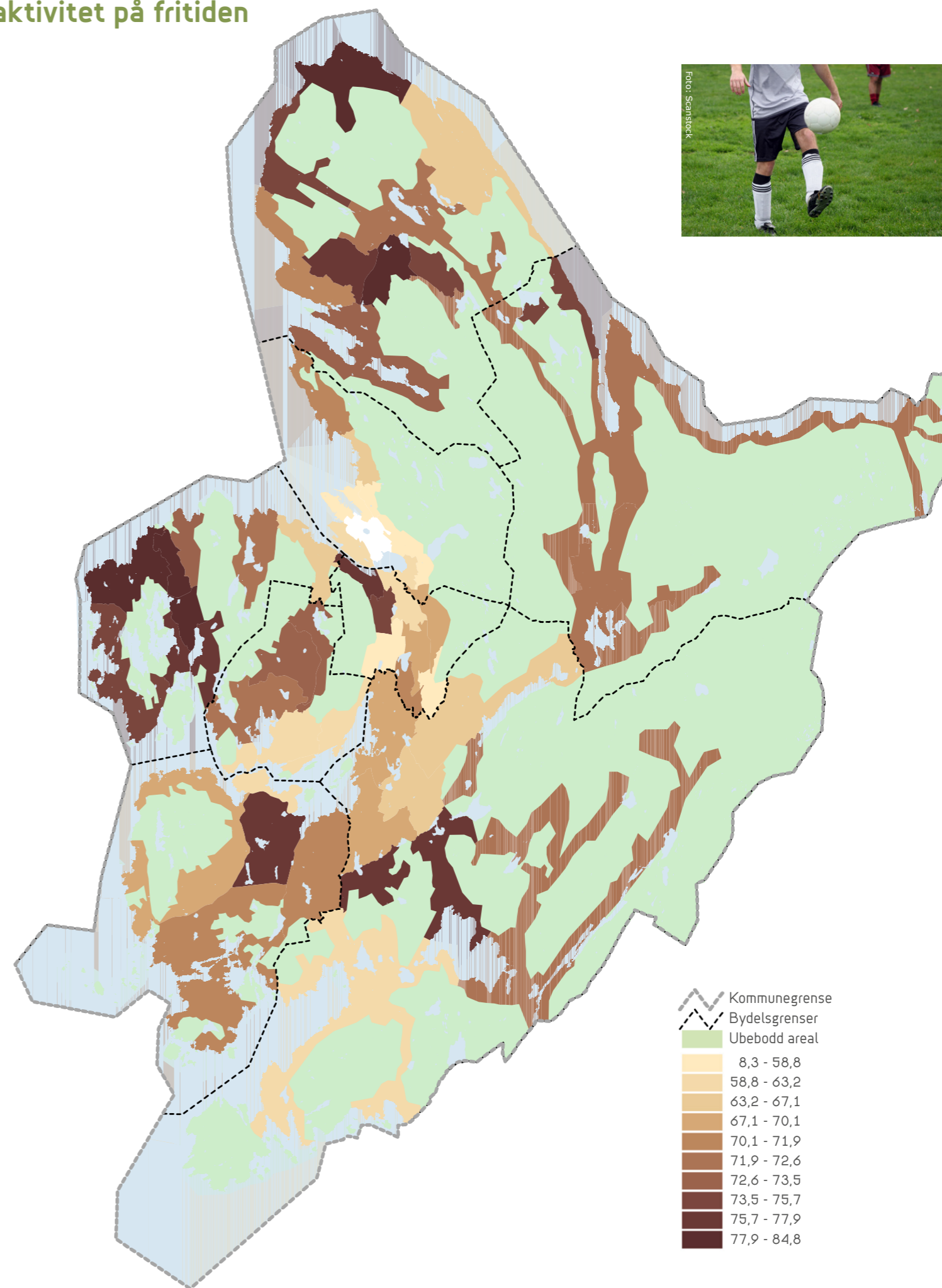
Ved 8.-klassingenes helseundersøkelse hos helsesøster ble de spurt om organisert aktivitet på fritiden som ikke er idrett/mosjon. Søylediagrammet viser andelen som oppga at de ikke drev med annen regelmessig organisert aktivitet på fritiden.

Her viser oversikten at om lag 71 % av 8.-klassingene oppga ved helseundersøkelsen at de ikke drev med annen regelmessig organisert aktivitet på fritiden. Med det menes andre aktiviteter enn idrett/mosjon, som for eksempel kulturaktiviteter som musikk og drama, kirkelige aktiviteter, speider, 4H osv. Det er ikke definert hva som menes med «regelmessig», så det kan variere hva ungdommene ser på som regelmessige aktiviteter.

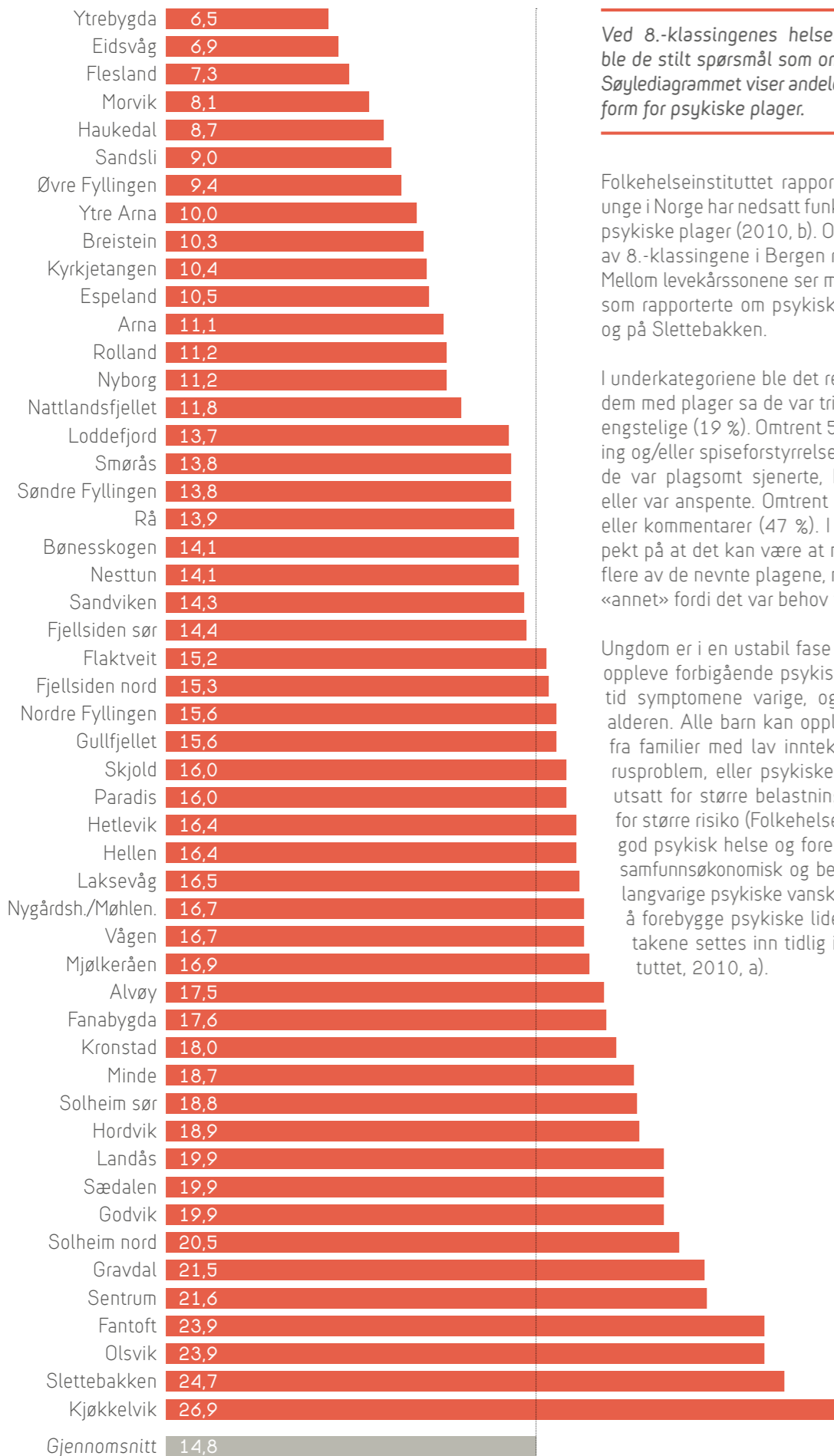
Det er stor variasjon mellom de ulike levekårs-sonene. Prosentvis er det størst andel som drev med annen organisert aktivitet i sentrumsnære strøk som Fjellsiden, Nygårdshøyden/Møhlenpris, Vågen, Minde og Kronstad, mens andelen er minst i Godvik, Rolland, Olsvik og Loddefjord. At sonene Olsvik, Loddefjord og Hetlevik kommer langt ned både på denne listen og på listen over fysisk aktivitet kan antyde at disse områdene har en opphopning av unge som verken er fysisk aktive på fritiden eller deltar i annen organisert aktivitet.

Flere faktorer spiller inn på deltakelse i organiserte aktiviteter, pris/avgifter og tilbud i nærmiljøet vil spesielt være viktige faktorer. I tillegg ser man en økende trend der også skjermaktiviteter «stjeler» av norske ungdommers fritid. Resultat fra UNGDATA-undersøkelsen viser at over 40 % av 8.-klassingene brukte daglig mer enn to timer av fritiden sin på skjermaktiviteter (NOVA, 2013).

Selv om barn og unge tilbringer mye tid på skolen i hverdagen, har de fremdeles mye fritid til rådighet. Denne fritiden utgjør en viktig del av deres liv, og det er her de i større grad kan velge aktiviteter som fanger deres interesse. En aktiv fritid er forbundet med velvære og god helse, samt lavere sannsynlighet for risikoatferd som rus og kriminalitet (Samdal et al., 2012).



## Andel 8.-klassinger som rapporterer om psykiske plager

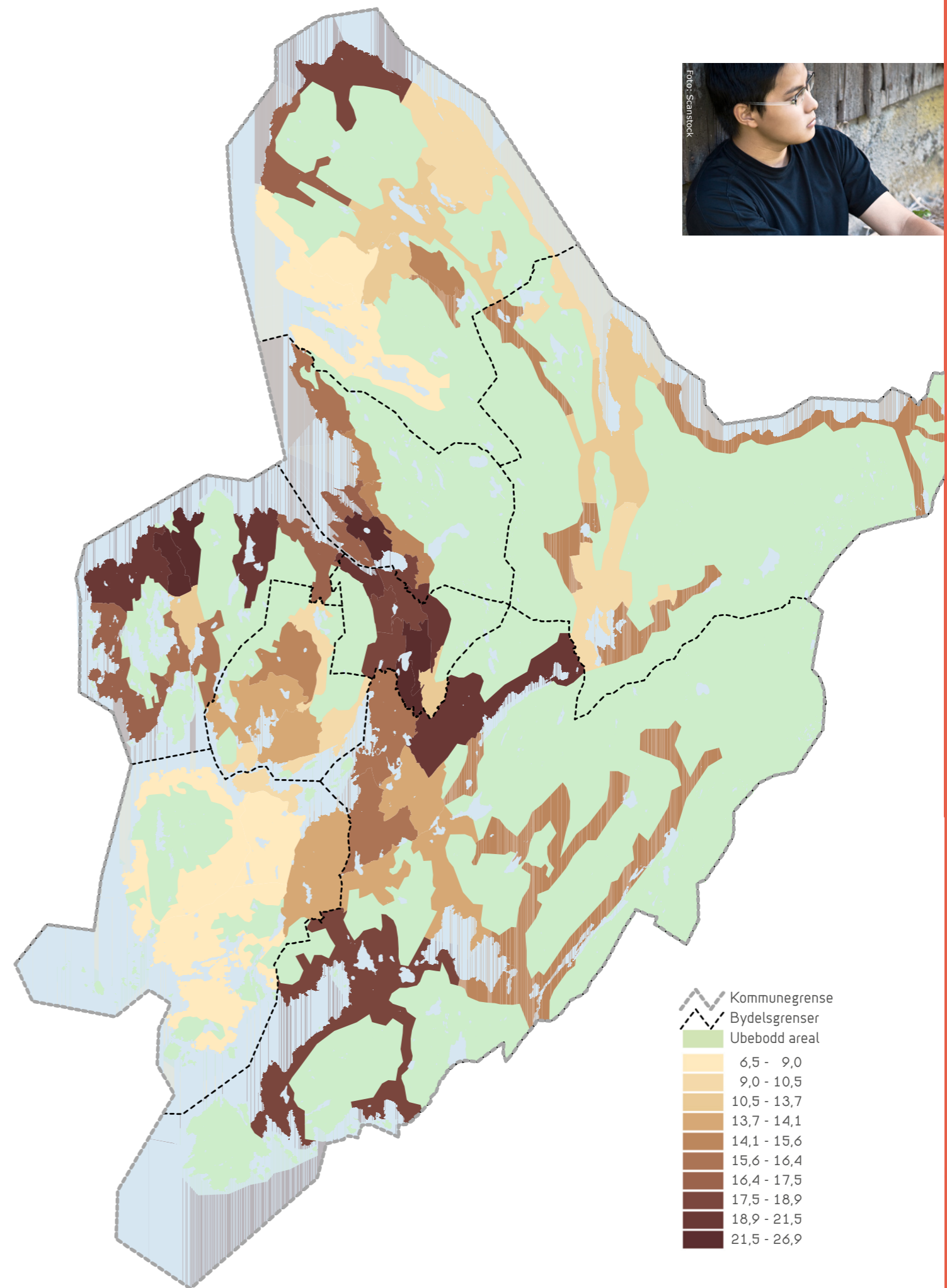


Ved 8.-klassingenes helseundersøkelse hos helsesøster ble de stilt spørsmål som omhandlet deres psykiske helse. Søylediagrammet viser andelen som meldte om en eller annen form for psykiske plager.

Folkehelseinstituttet rapporterer at 15- 20 % av barn og unge i Norge har nedsatt funksjon på grunn av symptomer på psykiske plager (2010, b). Oversikten viser at omtrent 15 % av 8.-klassingene i Bergen rapporterte om psykiske plager. Mellom levekårssonene ser man store forskjeller. Størst andel som rapporterte om psykiske plager fant man i Kjøkkelvik og på Slettebakken.

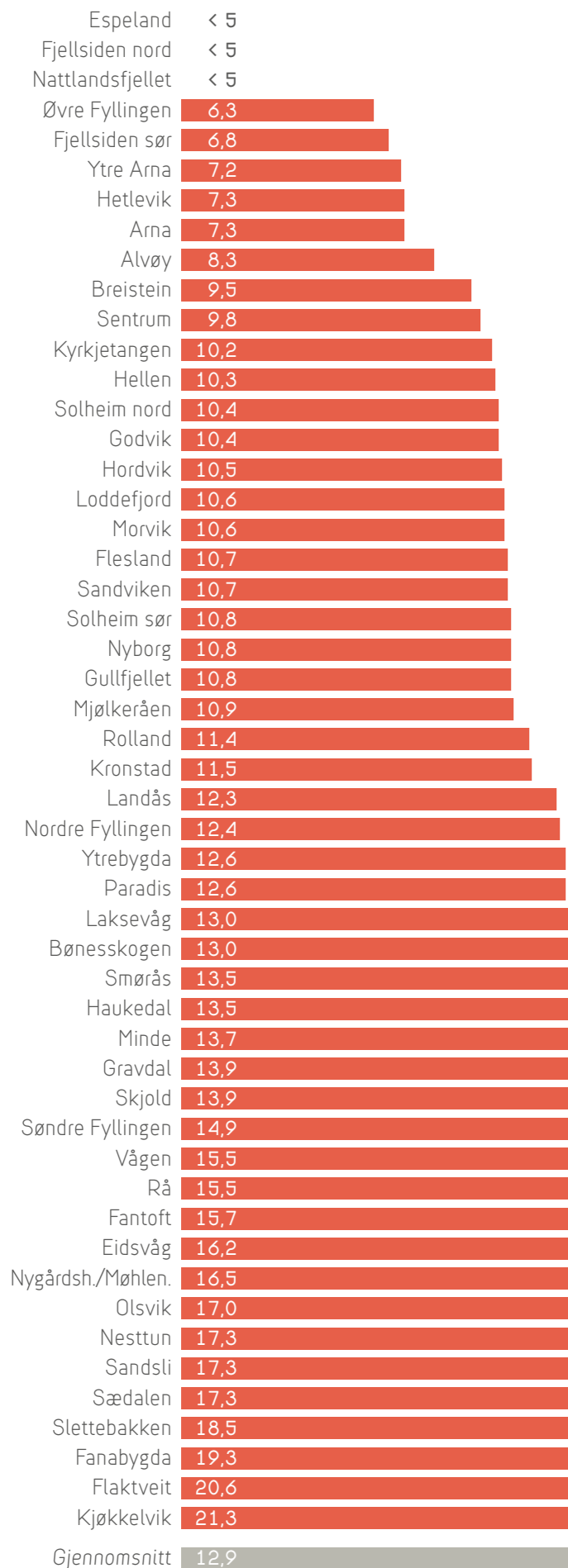
I underkategoriene ble det registrert at over en tredjedel av dem med plager sa de var triste (35 %), mens en av fem var engstelige (19 %). Omtrent 5 % av dem meldte om selvskadning og/eller spiseforstyrrelser, mens noen svært få svarte at de var plagsomt sjenerte, hadde mindreverdigfølelse eller var anspente. Omtrent halvparten hadde andre plager eller kommentarer (47 %). I kapittelet om feilkilder ble det pekt på at det kan være at noen av elevene hadde en eller flere av de nevnte plagene, men at helsesøster huket av for «annet» fordi det var behov for utdyping.

Ungdom er i en ustabil fase i livet der det ikke er uvanlig å oppleve forbigående psykiske plager. For noen blir imidlertid symptomene varige, og risikoen for dette øker med alderen. Alle barn kan oppleve psykiske plager, men barn fra familier med lav inntekt, manglende sosialt nettverk, rusproblem, eller psykiske plager hos voksne, kan være utsatt for større belastning og dermed også være utsatt for større risiko (Folkehelseinstituttet, 2010, a). Å fremme god psykisk helse og forebygge psykiske vansker er mer samfunnsøkonomisk og bedre for individet, enn å reparere langvarige psykiske vansker. Mye tyder på at det er lettere å forebygge psykiske lidelser hos barn og unge hvis tiltakene settes inn tidlig i barndommen (Folkehelseinstituttet, 2010, a).





## Andel 8.-klassinger som oppga at de bekymret seg for noe hjemme



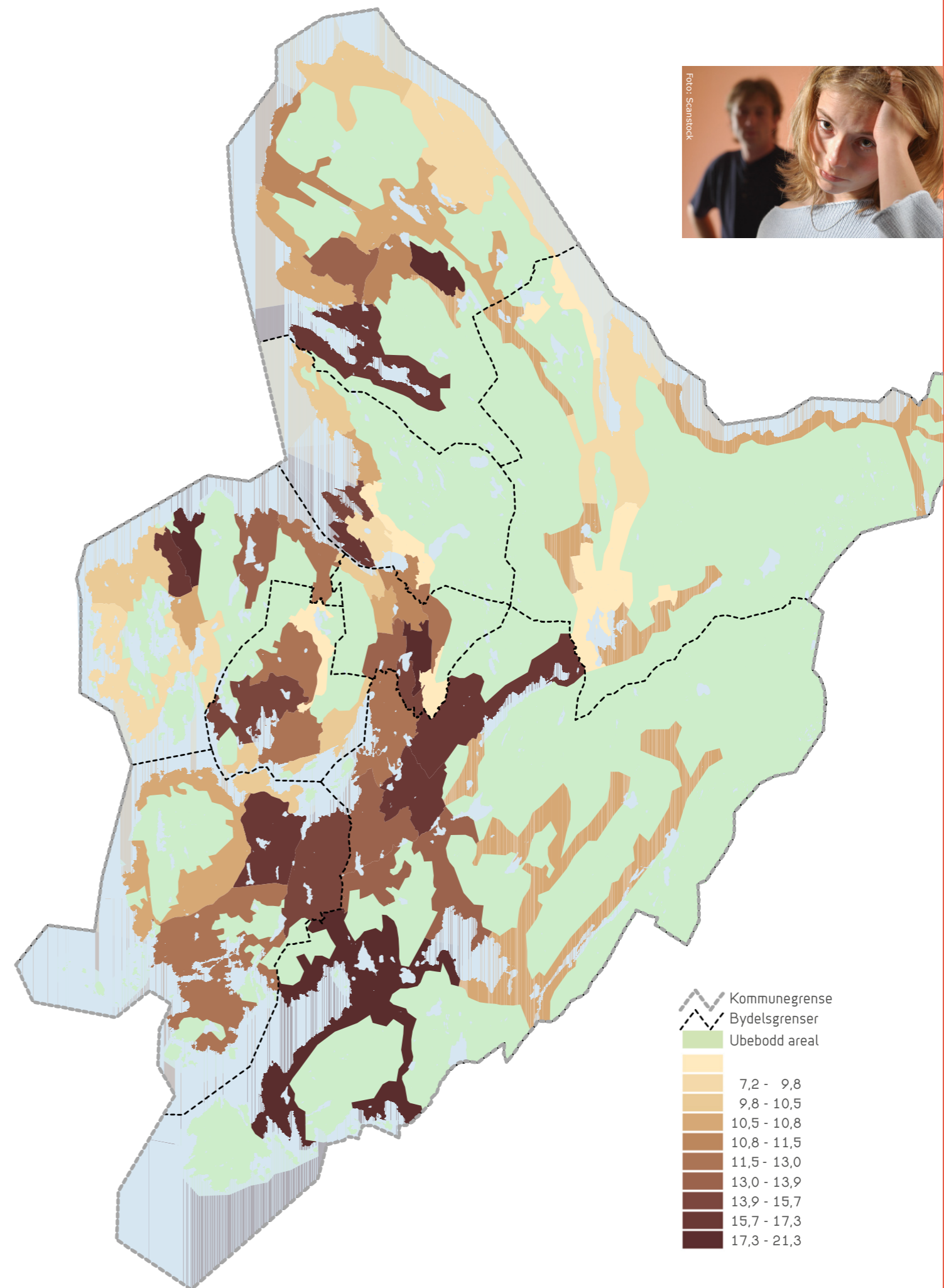
Ved 8.-klassingenes helseundersøkelse hos helsesøster ble det registrert om ungdommene bekymret seg for noe hjemme. Søylediagrammet viser hvor stor andel som hadde slike bekymringer.

Søylediagrammet viser at 13 % av 8.-klassingene i Bergen oppga ved helseundersøkelsen at de bekymret seg for noe hjemme. I NOVA rapporten «Ungdata. Nasjonale resultater 2010-2012» kan man lese at 31 % av ungdommene svarte der at de var ganske eller veldig mye plaget av at de generelt bekymret seg for mye (NOVA, 2013).

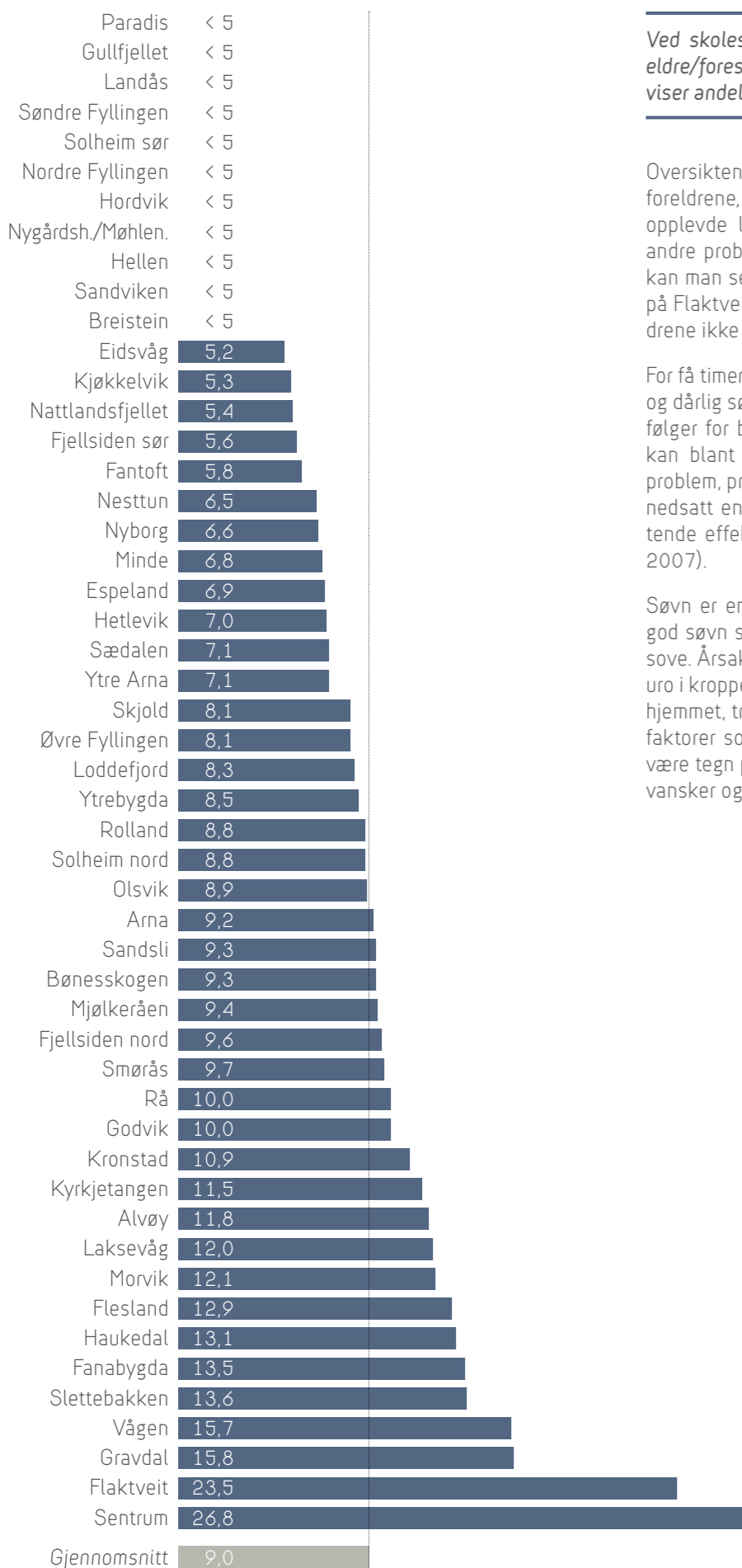
Ungdom er i en ustabil fase av livet der det ikke er unormalt å ha både store og små bekymringer: kroppen endrer seg, vennskap og kjærlighetsforhold dannes og opphører, forholdet til foreldrene kan være anstrengt, man skal prestere på skolen osv. Men noen ungdommer har mer å bekymre seg for enn andre. Derfor ble det i HsPro utviklet et spørsmål som omhandlet hjemmesituasjonen. Det kan være uro i hjemmet, somatisk og psykisk sykdom/vansker, økonomisk situasjon, rus, foreldrenes forhold osv. Omtrent en femtedel av dem som hadde bekymringer, bekymret seg for forholdet mellom foreldrene (19 %) og/eller somatisk sykdom (17,4 %). En av ti var bekymret for uro i hjemmet (10 %), 8 % var bekymret for økonomi, mens henholdsvis 6- og 7 % var bekymret for rus og/eller psykisk sykdom.

Som på indikatoren for psykiske plager var andelen «annet» her på 47 %. Mulige feilkilder knyttet denne kategorien har blitt omtalt under eget kapittel, samt på forrige side.

Fordelingen på denne indikatoren skiller seg en del i fra resultatene på de andre indikatorene i rapporten. Flere av levekårssonene som ellers kommer positivt ut, er her blant de med størst andel som bekymret seg for noe hjemme, dette gjelder blant annet Fanabygda, Rå og Sødalen. Dette kan tyde på at det å bekymre seg for noe hjemme gjerne ikke i like stor grad er knyttet til levekår og ressurser som andre indikatorer i rapporten kan se ut til å være. Samtidig er det verdt å merke seg at soner med høyest andel unge med psykiske plager, også har høy andel unge som bekymrer seg for noe hjemme (Kjøkkelvik og Slettebakken).



## Andel skolestartbarn som ikke fikk tilfredsstillende søvn

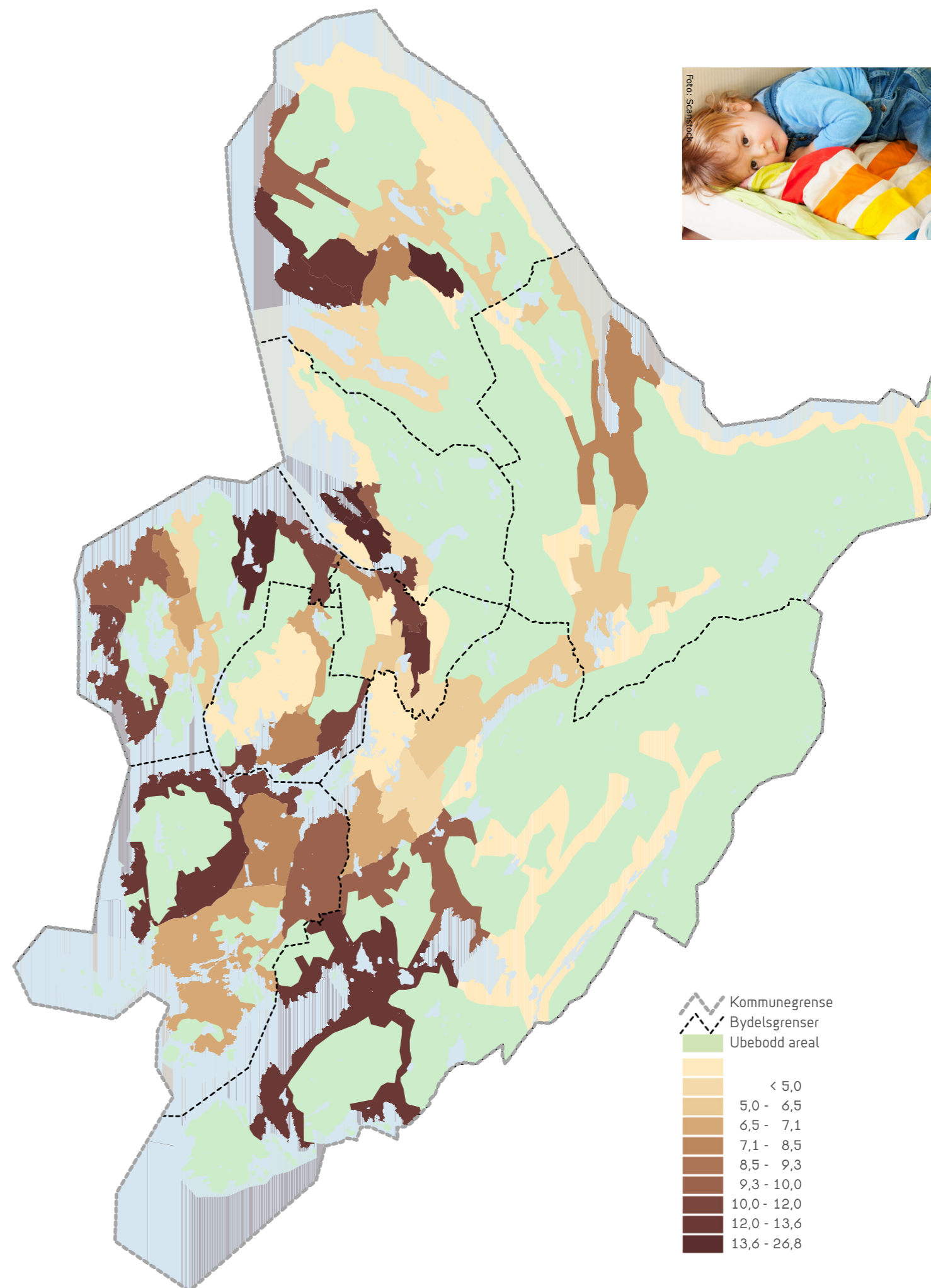


Ved skolestartundersøkelse hos helsesøster/lege ble foreldre/foresatte spurt om barnets søvn. Søylediagrammet viser andelen som oppga at denne ikke var tilfredsstillende.

Oversikten viser at det var om lag ett av ti barn som, i følge foreldrene, ikke fikk tilfredsstillende søvn. Det vil si at de opplevde legge- og innsovningsproblemer, nattevåk eller andre problemer knyttet til søvn. Ut i fra søylediagrammet kan man se at dette var spesielt en utfordring i Sentrum og på Flaktveit, der så mange som ett av fire barn i følge foreldrene ikke fikk tilfredsstillende søvn.

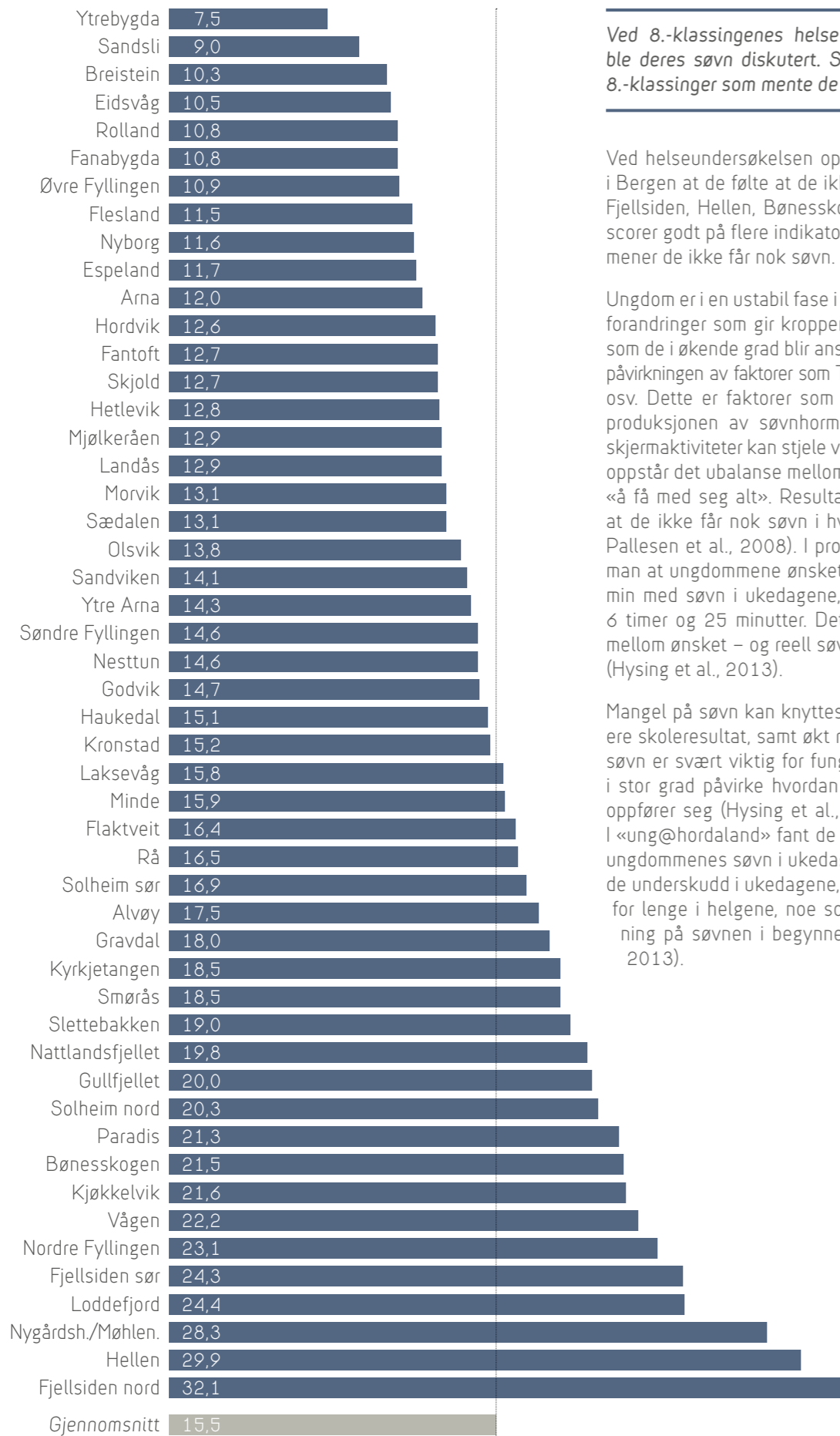
For få timer med søvn i døgnet, eller uregelmessig søvnrytme og dårlig søvnkvalitet kan få både kortsiktige og langsiktige følger for både barnet og familien. Barn med søvnproblem kan blant annet oppleve konsentrasjonsvansker, atferdsproblem, problemer med læring, og lav aktivitet som følge av nedsatt energi. Søvnproblemer hos barn kan også ha smittende effekt på både søsken og foreldre/foresatte (Grova, 2007).

Søvn er en essensiell del av livet, og spesielt for barn er god søvn svært viktig. Men ikke alle barn har like lett for å sove. Årsakene til søvnproblem er gjerne sammensatte, men uro i kroppen, bekymringer, skjermbruk rett før leggetid, uro i hjemmet, trangbodhet eller støy i nærmiljøet, kan alle være faktorer som spiller inn. I noen tilfeller kan søvnproblemer være tegn på underliggende somatisk sykdom eller psykiske vansker og lidelser (Grova, 2007).





## Andel 8.-klassinger som ikke fikk nok søvn



For få respondenter i Sentrum (< 50).

Ved 8.-klassingenes helseundersøkelse hos helsesøster ble deres søvn diskutert. Søylediagrammet viser andelen 8.-klassinger som mente de ikke fikk nok søvn.

Ved helseundersøkelsen oppga 15,5 % av 8.-klassingene i Bergen at de følte at de ikke fikk nok søvn. Områder som Fjellsiden, Hellen, Bønnesskogen og Paradis, som generelt scorer godt på flere indikatorer, har mange ungdommer som mener de ikke får nok søvn.

Ungdom er i en ustabil fase i livet, preget av store biologiske forandringer som gir kroppen økt behov for søvn. Samtidig som de i økende grad blir ansvarlige for egne leggetider, øker påvirkningen av faktorer som TV-titting, internett, sosiale medier osv. Dette er faktorer som med sitt skjermlys kan hindre produksjonen av søvnhormonet melatonin, samtidig som skjermaktiviteter kan stjele verdifull søvntid. For mange unge oppstår det ubalanse mellom ønsket om søvn og ønsket om «å få med seg alt». Resultatet er at mange barn opplever at de ikke får nok søvn i hverdagen (Hysing et al., 2013; Pallesen et al., 2008). I prosjektet «ung@hordaland» fant man at ungdommene ønsket gjennomsnittlig 8 timer og 35 min med søvn i ukedagene, mens de i realiteten kun fikk 6 timer og 25 minutter. Det vil si at det var en ubalanse mellom ønsket – og reell søvn på hele 2 timer og 10 minutt (Hysing et al., 2013).

Mangel på søvn kan knyttes til redusert aktivitet og dårligere skoleresultat, samt økt risiko for psykiske vansker. God søvn er svært viktig for fungeringsevnen på dagtid og kan i stor grad påvirke hvordan barn og unge tenker, føler og oppfører seg (Hysing et al., 2013; Pallesen et al., 2008). I «ung@hordaland» fant de at det var stor forskjell mellom ungdommenes søvn i ukedagene og i helgen. Mens de hadde underskudd i ukedagene, «kompenserte» de med å sove for lenge i helgene, noe som igjen hadde negativ innvirkning på søvnen i begynnelsen av ny uke (Hysing et al., 2013).

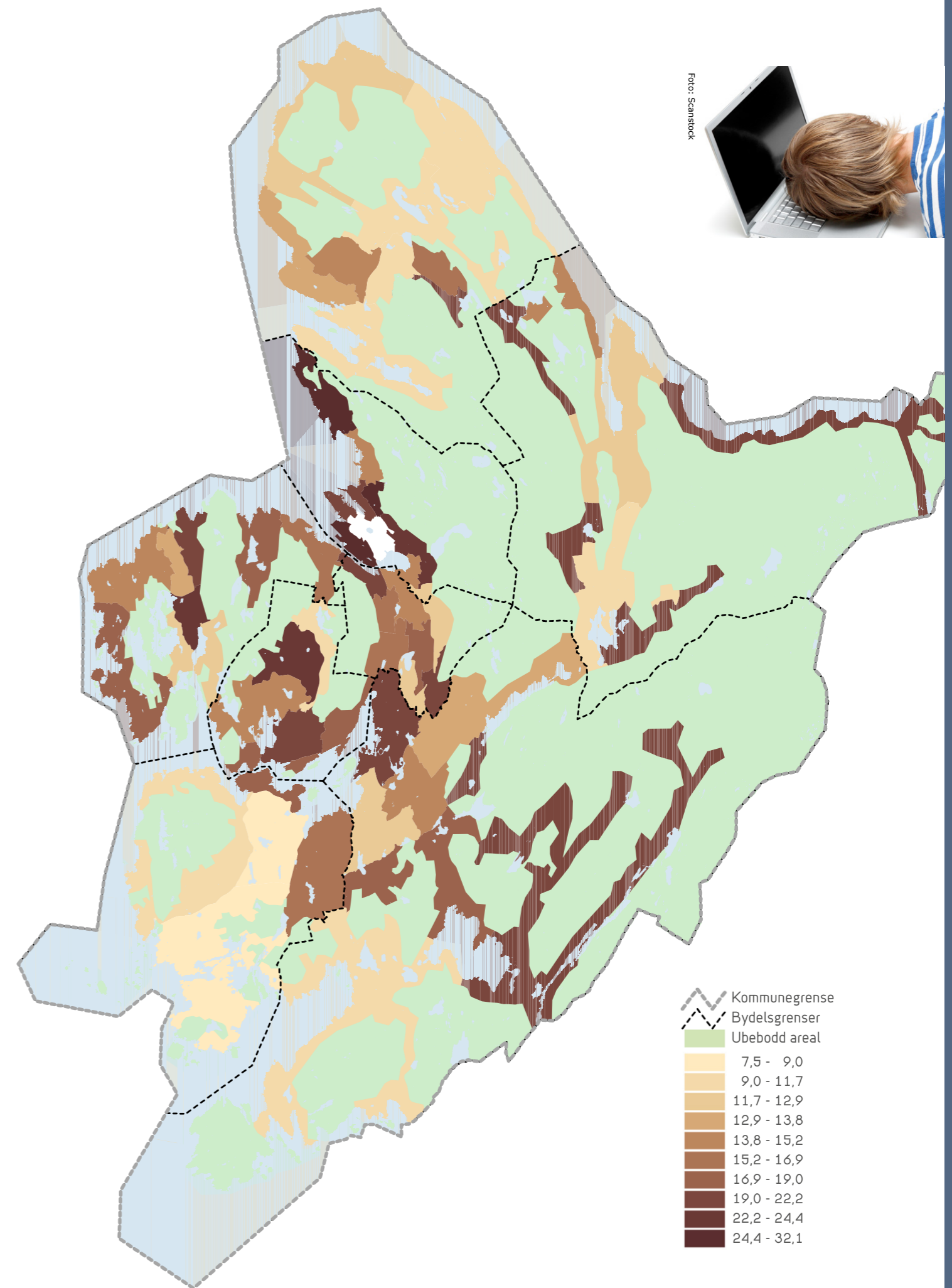
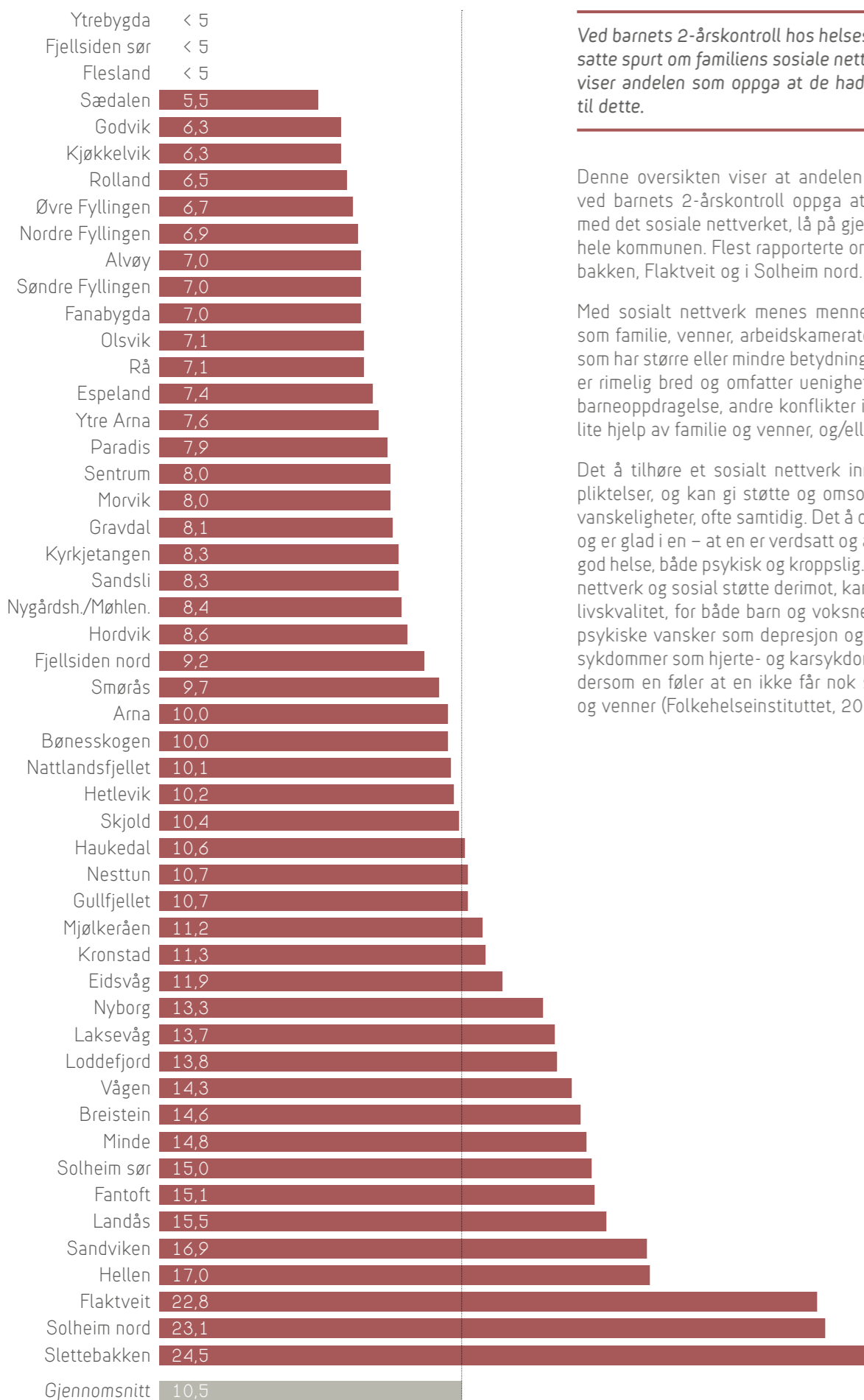


Foto: Shutterstock



## Andel foreldre som ved 2-årskontroll oppga at de hadde utfordringer med det sosiale nettverket



Ved barnets 2-årskontroll hos helsesøster ble foreldre/foresatte spurt om familiens sosiale nettverk. Søylediagrammet viser andelen som oppga at de hadde utfordringer knyttet til dette.

Denne oversikten viser at andelen foreldre/foresatte som ved barnets 2-årskontroll oppga at de hadde utfordringer med det sosiale nettverket, lå på gjennomsnittlig 10,5 % for hele kommunen. Flest rapporterte om utfordringer på Slettebakken, Flaktveit og i Solheim nord.

Med sosialt nettverk menes menneskene som omgir oss, som familie, venner, arbeidskamerater, naboer – mennesker som har større eller mindre betydning for våre liv. Indikatoren er rimelig bred og omfatter uenighet mellom foreldrene om barneoppdragelse, andre konflikter i familien, at man får for lite hjelp av familie og venner, og/eller har lite nettverk.

Det å tilhøre et sosialt nettverk innebærer gjensidige forpliktelser, og kan gi støtte og omsorg, men også stress og vanskeligheter, ofte samtidig. Det å oppleve at noen bryr seg og er glad i en – at en er verdsatt og at en hører til – fremmer god helse, både psykisk og kroppslig. Mangel på gode sosiale nettverk og sosial støtte derimot, kan forringe både helse og livskvalitet, for både barn og voksne. Risikoen for å utvikle psykiske vansker som depresjon og angst, samt somatiske sykdommer som hjerte- og karsykdommer, har vist seg å øke dersom en føler at en ikke får nok sosial støtte fra familie og venner (Folkehelseinstituttet, 2010, a; Mæland, 2004).

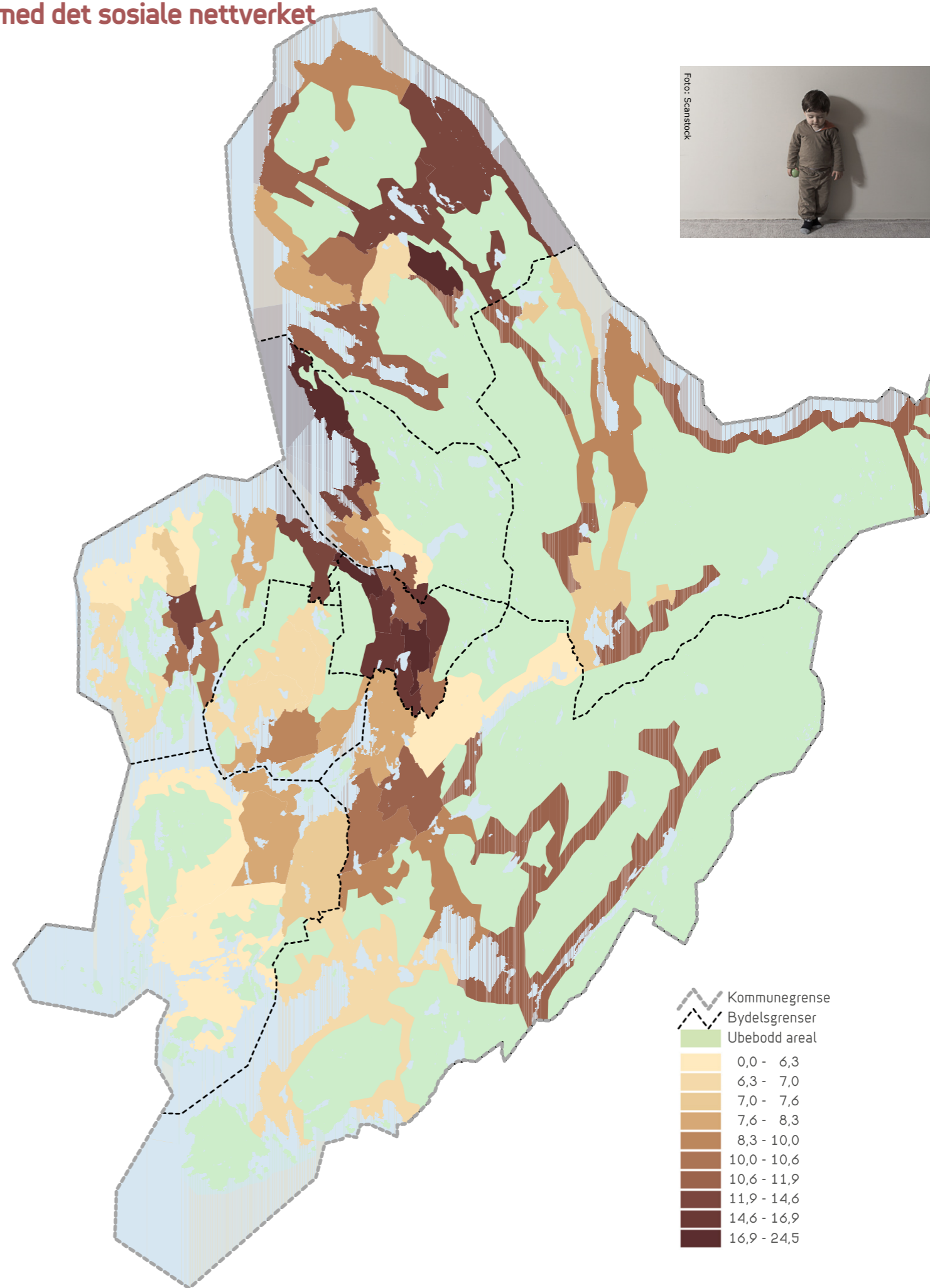
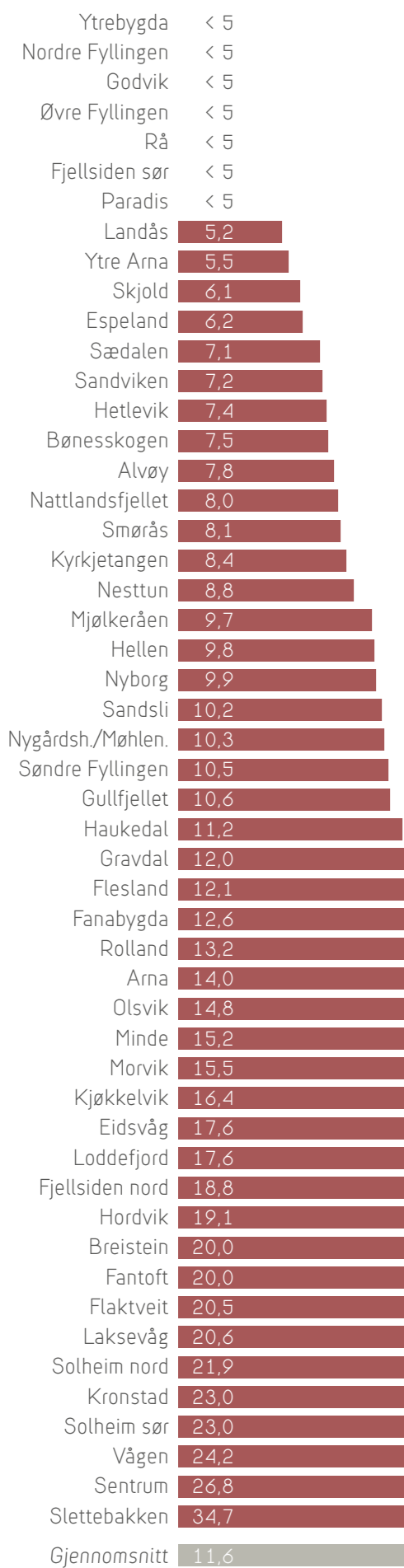


Foto: Scanstock



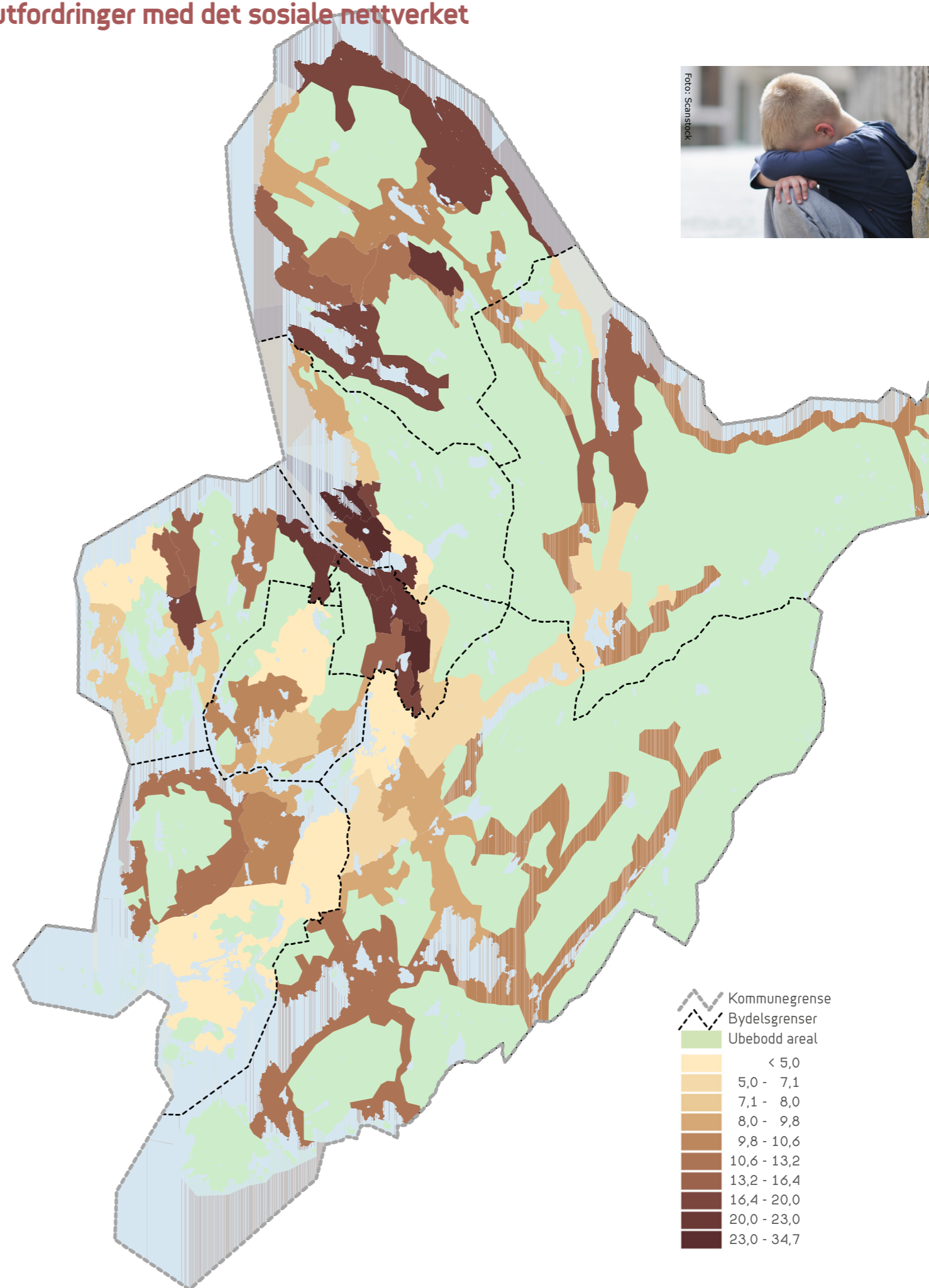
## Andel foreldre som ved skolestartundersøkelsen oppga at de hadde utfordringer med det sosiale nettverket



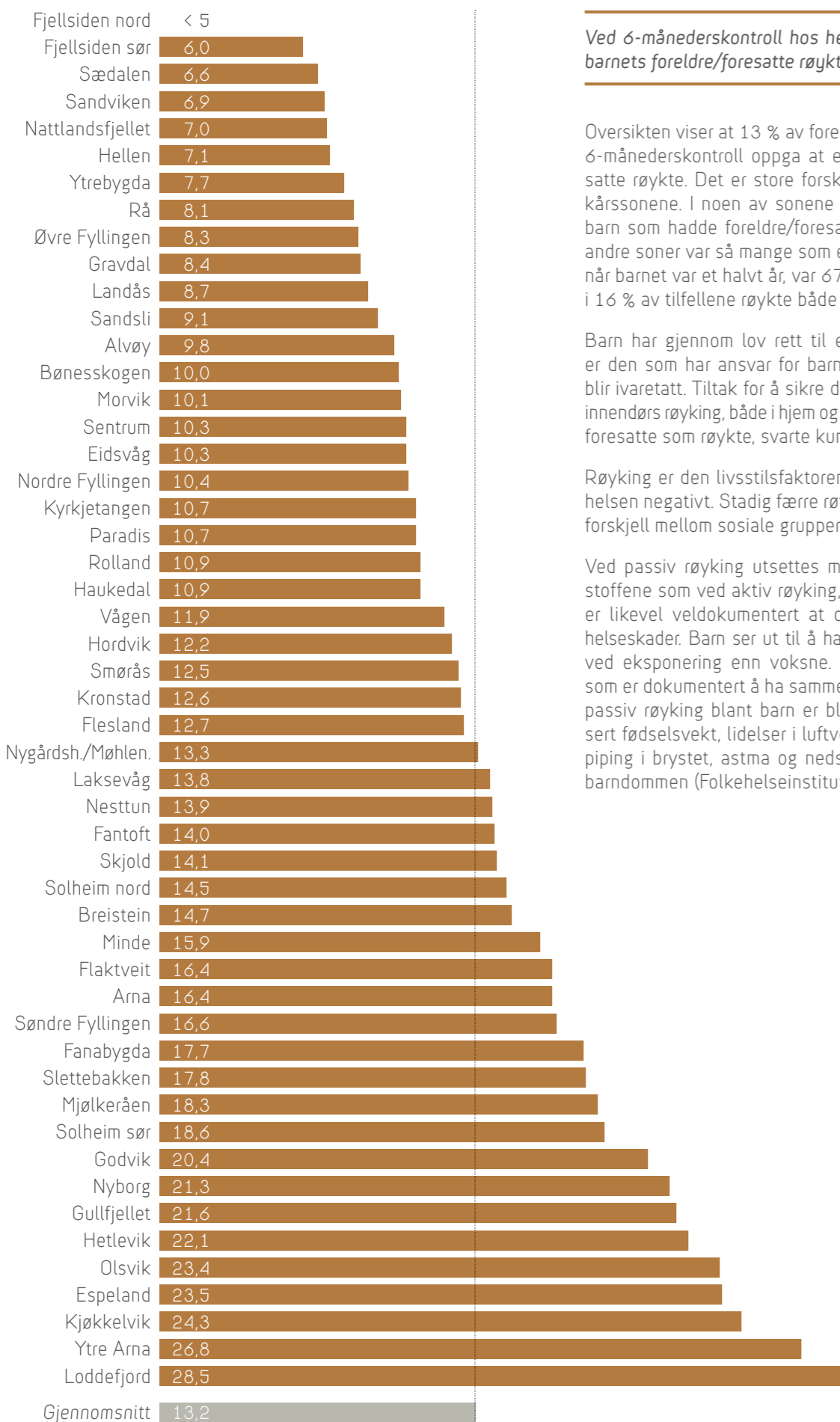
Ved barnets skolestartundersøkelse hos helsesøster/lege ble foreldre/foresatte spurt om familiens sosiale nettverk. Søylediagrammet viser andelen som oppga at de hadde utfordringer knyttet til dette.

Også seksåringenes foreldre/foresatte fikk spørsmål om de hadde utfordringer med det sosiale nettverket. 11,6 % av dem rapporterte om dette. Sammenlignet med resultatet for toåringene er den gjennomsnittlige andelen forholdsvis lik for de to aldersgruppene. Ser man derimot på variasjonen, kommer det frem at det var større ulikhet mellom de ulike levekårssonene for skolestartbarna enn det var for toåringene på denne indikatoren. Det var betydelig flere levekårssoner som hadde en andel på over 20 % av foreldrene som hadde utfordringer med det sosiale nettverket, samtidig som det også var flere soner med andel under 5 %.

Slettebakken hadde også her den største gruppen som rapporterte om utfordringer, fulgt av de sentrumsnære områdene Solheim, Sentrum, Vågen og Kronstad. At sentrumsområdene har høyere andel som rapporterer om utfordringer med det sosiale nettverket ved skolestartkontroll enn ved toåringenes kontroll, kan tenkes å ha sammenheng med at dette er områder som i levekårsrapporten fra 2011 var blant dem som hadde mest barneflytting. Indikatoren favner som tidligere nevnt vidt, og det er av den grunn vanskelig å si noe om bakgrunn og årsaker til de opplevde utfordringene.



## Andel barn på 6 måneder som hadde foreldre/foresatte som røykte



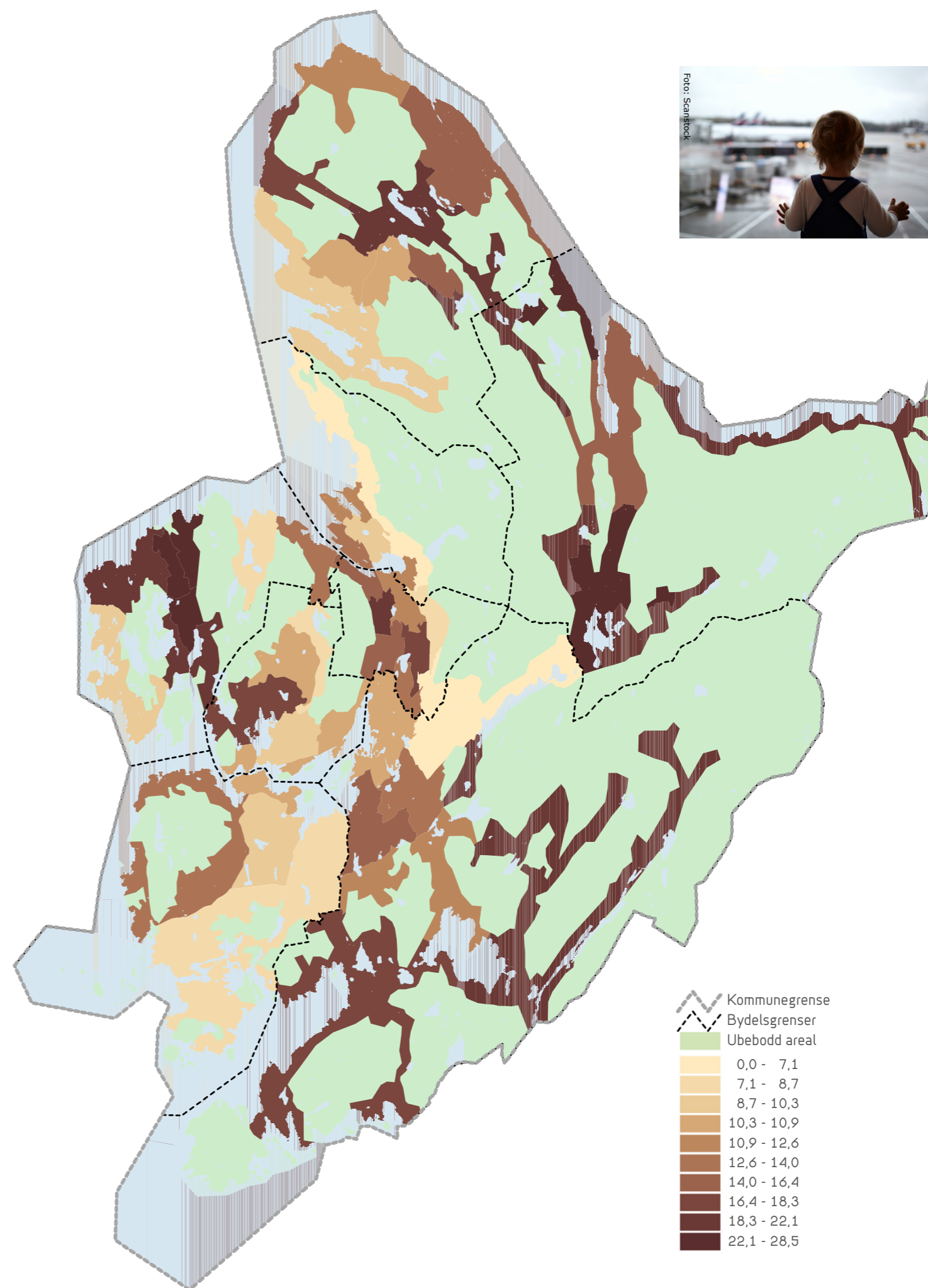
Ved 6-månederskontroll hos helsesøster ble det spurt om barnets foreldre/foresatte røykte.

Oversikten viser at 13 % av foreldrene/foresatte ved barnets 6-månederskontroll oppga at en eller begge foreldre/foresatte røykte. Det er store forskjeller mellom de ulike levekårssonene. I noen av sonene er det mindre enn ett av ti barn som hadde foreldre/foresatte som røykte, mens det i andre soner var så mange som ett av fire. Av de som røykte når barnet var et halvt år, var 67 % fedre og 33 % mødre, og i 16 % av tilfellene røykte både mor og far.

Barn har gjennom lov rett til en røykfri oppvekst, og det er den som har ansvar for barnet som skal påse at retten blir ivaretatt. Tiltak for å sikre dette er først og fremst at all innendørs røyking, både i hjem og bil, unngås. Av de foreldrene/foresatte som røykte, svarte kun 4,4 % at de røykte inne.

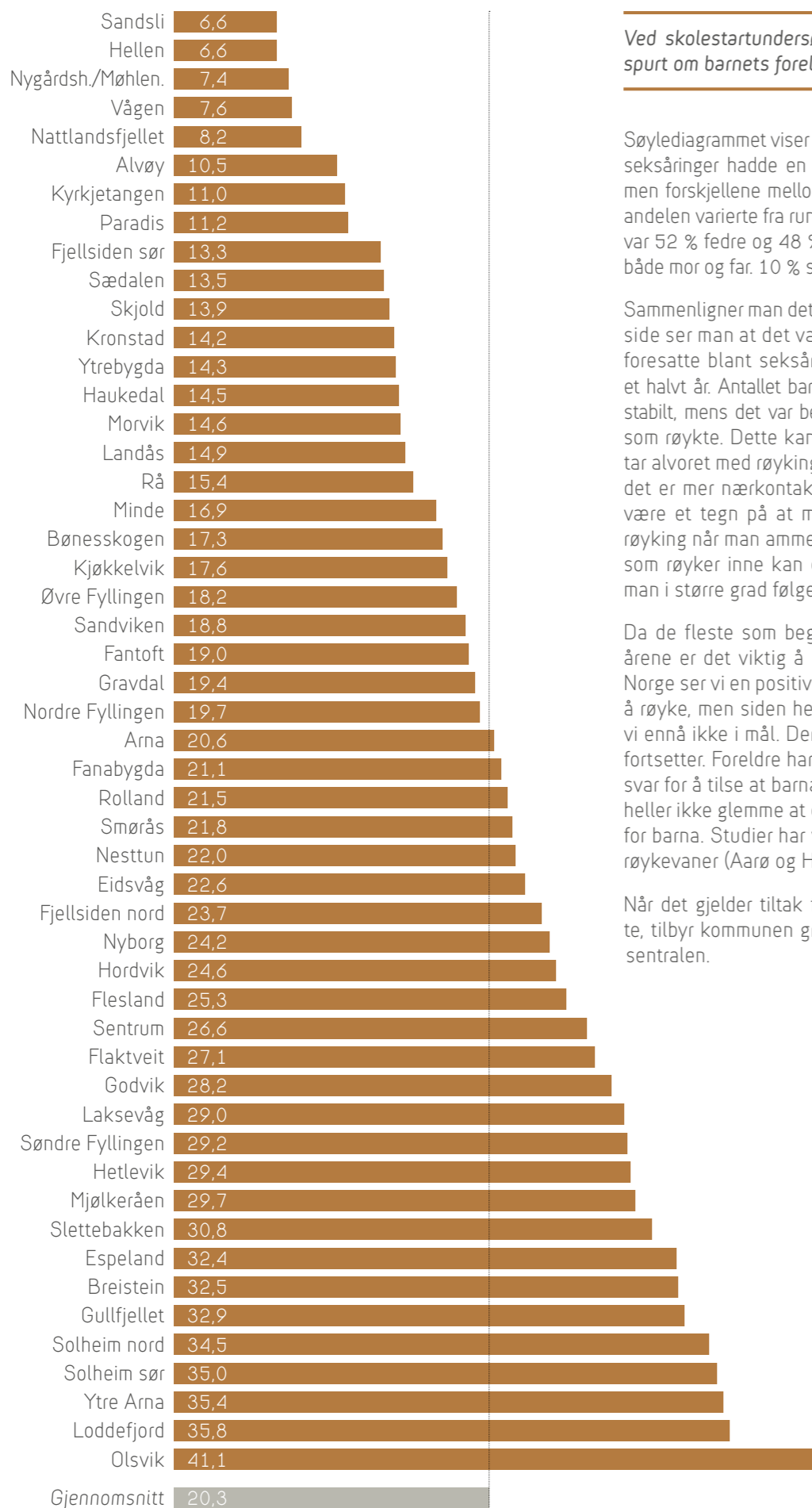
Røyking er den livsstilsfaktoren som mest sikkert påvirker helsen negativt. Stadig færre røyker i Norge, men det er stor forskjell mellom sosiale grupper.

Ved passiv røyking utsettes man for de samme kjemiske stoffene som ved aktiv røyking, men i mindre mengder. Det er likevel veldokumentert at også passiv røyking kan gi helseskader. Barn ser ut til å ha større risiko for helseskade ved eksponering enn voksne. De typene av helseskader som er dokumentert å ha sammenheng med eksponering for passiv røyking blant barn er blant annet krybbedød, redusert fødselsvekt, lidelser i luftveier, hoste, slimdannelse og piping i brystet, astma og nedsatt lungefunksjon gjennom barndommen (Folkehelseinstituttet 2010, a).





## Andel skolestartbarn som hadde foreldre/foresatte som røykte



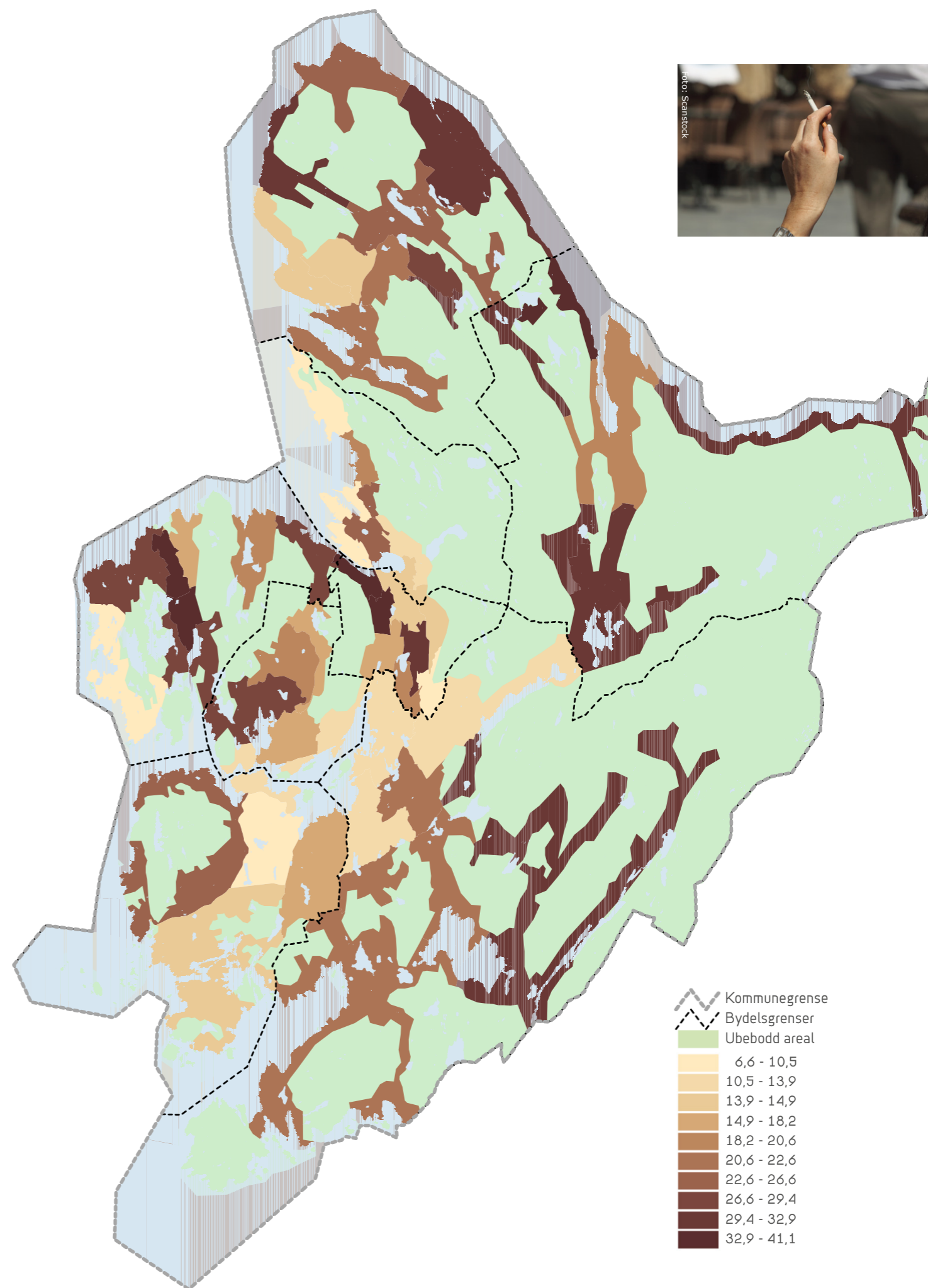
Ved skolestartundersøkelse hos helsesøster/lege ble det spurt om barnets foreldre/foresatte røykte.

Søylediagrammet viser at gjennomsnittlig en av fem bergenske seksåringer hadde en eller to foreldre/foresatte som røykte, men forskjellene mellom levekårssonene var stor og prosentandelen varierte fra rundt 7 % til over 40 %. Av de som røykte var 52 % fedre og 48 % mødre, og i 17 % av tilfellene røykte både mor og far. 10 % svarte at de røykte inne.

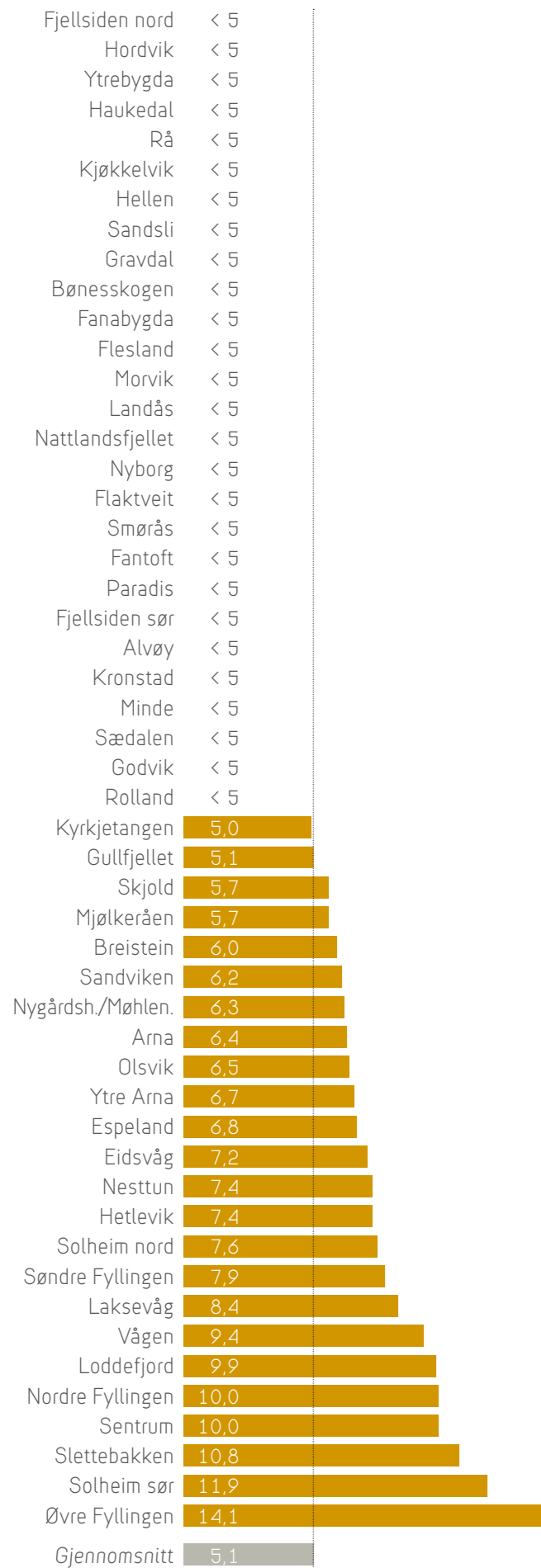
Sammenligner man dette søylediagrammet med det på forrige side ser man at det var flere barn med røykende foreldre/foresatte blant seksåringene enn det var blant de små på et halvt år. Antallet barn med fedre som røykte var noenlunde stabilt, mens det var betraktelig større antall barn med mødre som røykte. Dette kan muligens være et uttrykk for at mor tar alvoret med røyking mer innover seg når barna er små og det er mer nærkontakt mellom mor og barn. Det kan også være et tegn på at mor forholder seg til råd om å unngå røyking når man ammer. Når det gjelder den høyere andelen som røyker inne kan dette også være en indikasjon på at man i større grad følger råd om røyking når barna er små.

Da de fleste som begynner å røyke debuterer i ungdomsårene er det viktig å sette inn forebyggende tiltak tidlig. I Norge ser vi en positiv trend der stadig færre unge begynner å røyke, men siden helsefarene med røyking er så store, er vi ennå ikke i mål. Derfor er det viktig at holdningsarbeidet fortsetter. Foreldre har, som tidligere nevnt, et lovpålagt ansvar for å tilse at barna vokser opp i et røykfritt miljø. De må heller ikke glemme at de er de aller viktigste rollemodellene for barna. Studier har vist at ungdom «arver» sine foreldres røykevaner (Aarø og Hetland, 2009).

Når det gjelder tiltak for å hjelpe voksne røykere til å slutte, tilbyr kommunen gratis røykeslutt-kurs i regi av Frisklivs-sentralen.



## Andel skolestartbarn som ikke snakket godt norsk



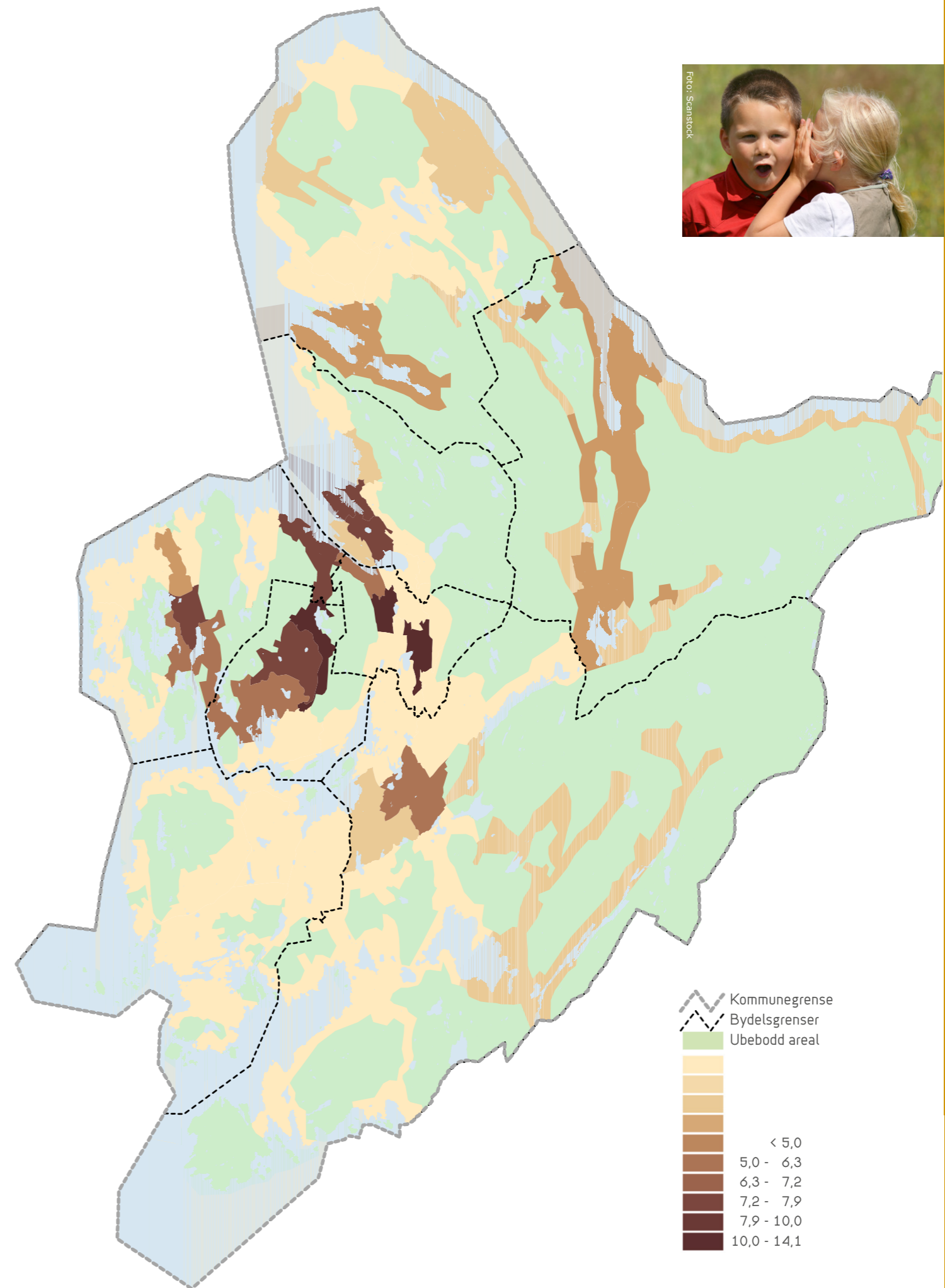
Ved barnets skolestartundersøkelse hos helsesøster/lege ble barnets språkferdigheter vurdert. Søylediagrammet viser andelen som ikke snakket godt norsk.

Oversikten viser at 5 % av bergenske barn ikke snakket godt norsk når de startet i 1. klasse. Helsesøster vurderte om barnet hadde et språk som kan forventes av en norsk 5-6-åring. Denne vurderingen blir gjort på grunnlag av kunnskap og kompetanse de har fått i sin utdanning og gjennom sin erfaring som helsesøstre.

Den geografiske fordelingen på denne indikatoren samsvarer til en viss grad med oversikten over andelen innvandrere med ikke-vestlig bakgrunn i de ulike levekårssonene i levekårsrapporten fra 2011.

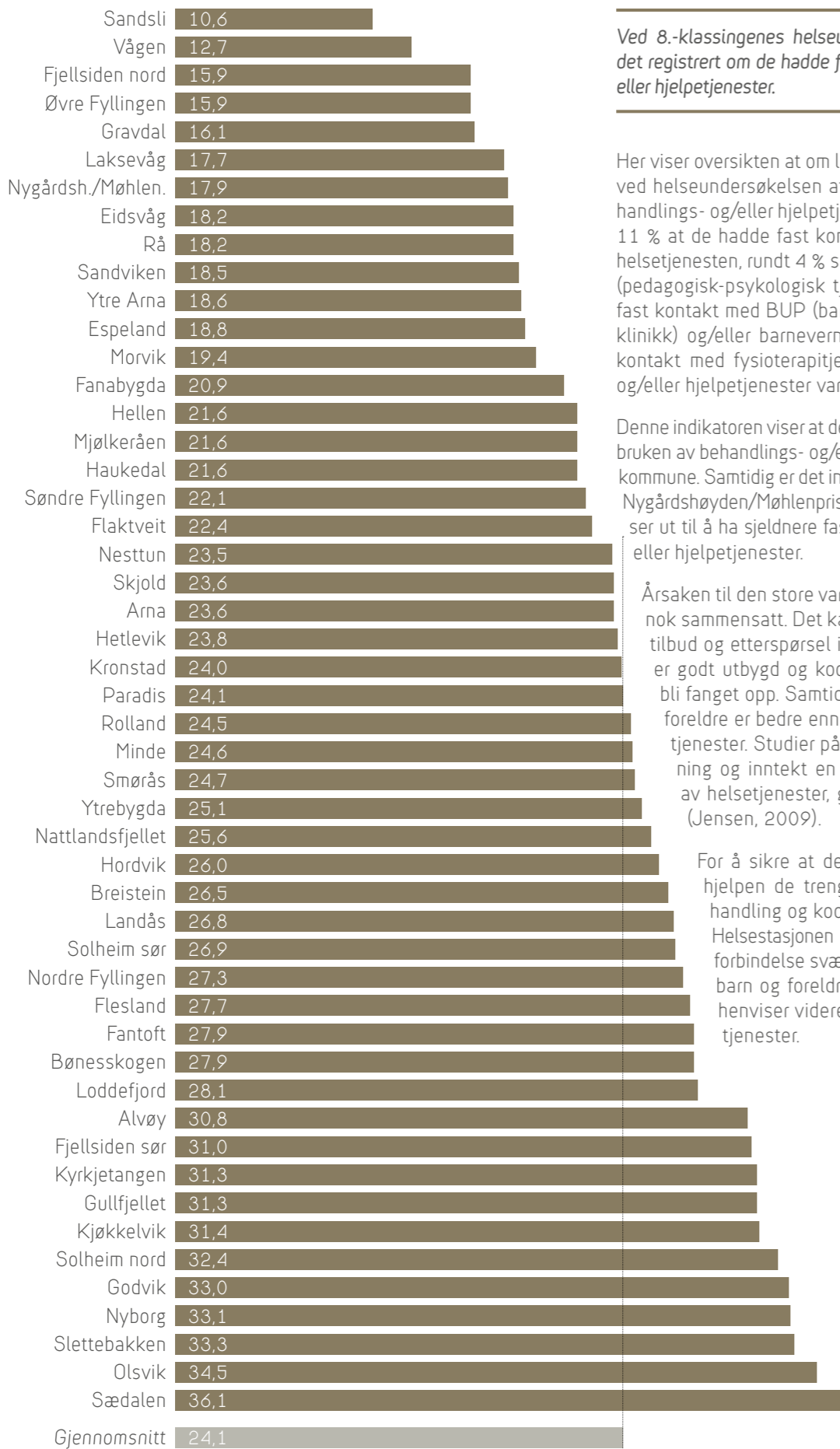
I den nye stortingsmeldingen «Framtidens barnehage» blir det poengtert at språklige og kommunikative ferdigheter er viktige for barnets liv, både på kort- og lang sikt. Slike ferdigheter har betydning for deltagelse i sosiale aktiviteter og i danning av vennskap. Det blir videre poengtert at det at barnehagen arbeider systematisk med språk er et virkningsfullt tiltak for utjevning av sosiale ulikheter (Kunnskapsdepartementet, 2012).

Siden språk er en viktig betingelse for utdanning og deltagelse, og derfor også i neste omgang for helsen, er det et nasjonalt mål å redusere andelen barn som ikke snakker tilfredsstillende norsk ved skolestart (Helsedirektoratet, 2012).





## Andel 8.-klassinger som hadde fast kontakt med behandlings- og/eller hjelpetjenester



For få respondenter i Sentrum (< 50).

Ved 8.-klassingenes helseundersøkelse hos helsesøster ble det registrert om de hadde fast kontakt med behandlings- og/eller hjelpetjenester.

Her viser oversikten at om lag 24 % av 8.-klassingene oppga ved helseundersøkelsen at de hadde fast kontakt med behandlings- og/eller hjelpetjenester. Av det totale utvalget sa 11 % at de hadde fast kontakt med fastlege og spesialisthelsetjenesten, rundt 4 % sa de hadde fast kontakt med PPT (pedagogisk-psykologisk tjeneste), mens rundt 3 % hadde fast kontakt med BUP (barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk) og/eller barnevernstjenesten. Også når det gjaldt kontakt med fysioterapitjenesten eller andre behandlings og/eller hjelpetjenester var resultatet omtrent 3 %.

Denne indikatoren viser at det var store geografiske forskjeller i bruken av behandlings- og/eller hjelpetjenester innad i Bergen kommune. Samtidig er det interessant at Gravdal, Laksevåg og Nygårdshøyden/Møhlenpris, som ellers har store utfordringer, ser ut til å ha sjeldnere fast kontakt med behandlings- og/eller hjelpetjenester.

Årsaken til den store variasjonen på denne indikatoren er nok sammensatt. Det kan tenkes å ha sammenheng med tilbud og etterspørsel i de ulike områdene. Der tilbudet er godt utbygd og koordineringen god, kan også flere bli fanget opp. Samtidig er det en mulighet for at noen foreldre er bedre enn andre til å ta i bruk tilgjengelige tjenester. Studier på voksne viser at jo høyere utdanning og inntekt en person har, jo høyere er bruken av helsetjenester, gitt samme behov for tjenestene (Jensen, 2009).

For å sikre at de som har behov for det får den hjelpen de trenger, er det viktig med god samhandling og koordinering mellom ulike instanser. Helsestasjonen og skolehelsetjenesten er i denne forbindelse svært viktig. De er ofte de som treffer barn og foreldre først, og det er gjerne de som henviser videre til behandlings- og/eller hjelpetjenester.

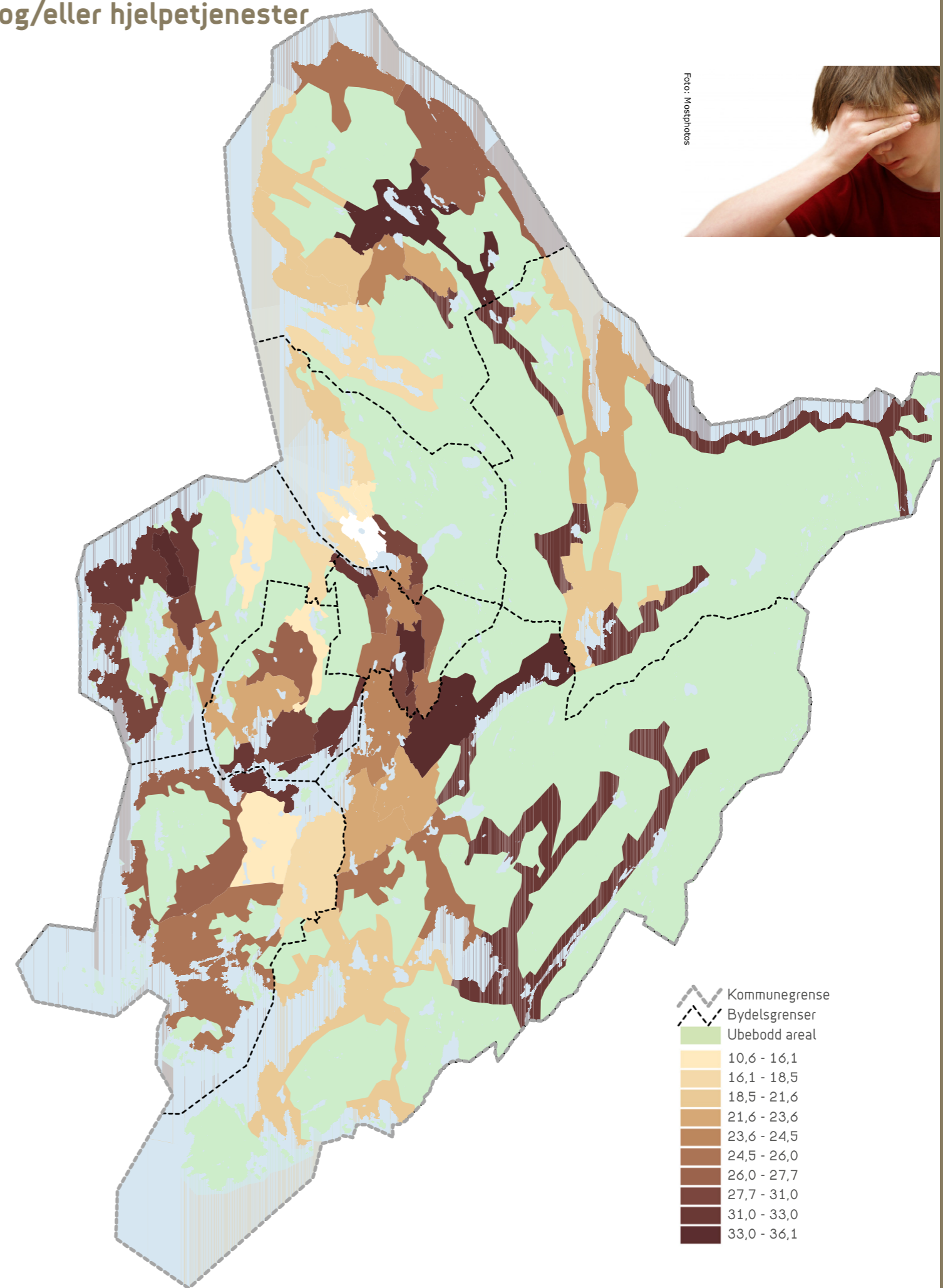


Foto: Mosphotos

## Oppsummering

Formålet med denne rapporten er å gi økt kunnskap om hvordan helseatferd og påvirkningsfaktorer på helse blant barn og unge er fordelt i Bergen, bidra til kvalitetssikring av de helserelaterte tjenestene i kommunen, og avdekke nødvendige innsatsområder.

På en rekke viktige områder ser det ut til å være store forskjeller for barn og unge i Bergen når det gjelder helseatferd og påvirkningsfaktorer på helse, og noen soner har en opphopning av utfordringer. Dette gjelder for flere av indikatorene i rapporten, men spesielt de som gjelder psykiske plager, søvn og kosthold. Alle disse er svært viktige faktorer i barn og unges daglige liv samtidig som de har betydning for hvordan helsen utvikles inn i voksenlivet.

Ses resultatene i denne rapporten i sammenheng med levekårsrapporten fra 2011, er det tendenser til at mange av de samme sonene som hadde opphopning av utfordringer for voksne, også har det for barn. Dette gjelder spesielt levekårssonene Slettebakken, Loddefjord, Olsvik, Flaktveit og Solheim. Når det gjelder barn og unge er imidlertid bildet mer nyansert, ved at det ser ut å være større geografisk variasjon i helseatferd og påvirkningsfaktorer.

Denne rapporten gir viktig informasjon som grunnlag for kommunens folkehelsearbeid i alle byrådsavdelinger. De store forskjellene som antydes i denne rapporten, kan inspirere til ytterligere innsats og tiltak rettet mot de yngste aldersgruppene og spesielt i de mest utsatte levekårssonene. Kunnskap om sammenhenger mellom helseatferd og utvikling av sykdom tyder på man kan oppnå en betydelig helsegevinst ved i enda større grad sette inn helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak i de tidlige barneårene. Tiltak kan være rettet mot en bred del av oppvekstmiljøet, og være lavterskeltilbud med fokus på varige endringer. Familie, frivillig organisasjoner, barnehage, skole, helsestasjon, byplanleggere og andre kommunale aktører, har alle muligheter til å bidra for å skape gode oppvekstmiljøer. De må derfor betraktes som ressurser og ansvarlige aktører i dette arbeidet. I tillegg har Bergen et betydelig kunnskaps- og forskningsmiljø på universitetet og høyskolen som kan inviteres med i det lokale folkehelsearbeidet.

Samtidig som denne rapporten antyder at helseatferd og påvirkningsfaktorer er ujevnt fordelt i Bergen, antyder den også at det er svært mange barn og unge som har en oppvekst med gode helsevaner og positive påvirkningsfaktorer. Dette skal vi være stolte av. Levekårssoner med spesielt gode resultater på enkeltindikatorer kan være utgangspunkt for videre undersøkelser om de har spesielle kjennetegn som kan overføres til andre områder i kommunen.

Å bruke journalinformasjon fra helsestasjon og skolehelse-tjeneste er nybrottsarbeid, og kan ha visse svakheter. Innledningsvis i rapporten ble mulige feilkilder diskutert, som ulike rapporteringsrutiner ved de ulike helsestasjonene, ulik praksis hos helsesøstre, informasjon innsamlet i ikke-anonym situasjon, samt praktiske utfordringer knyttet til journalsystemet. Resultatene i denne rapporten gir grunnlag for å stille flere spørsmål om hvordan helseatferd og påvirkningsfaktorer kan være fordelt blant barn og unge i Bergen, og kan være utgangspunkt for nærmere undersøkelser.

Bergen kommune er i stor utvikling, med nye utbyggingsområder og endret befolkningssammensetning. Helseatferd og påvirkningsfaktorer er ikke statiske størrelser, og det er derfor nødvendig med løpende oversikter. I den forbindelse er det viktig med gode verktøy for uthenting av statistisk materiale som kan si noe om barn og unges helse, oppvekst og levekår.

Sammenlignbare rapporter kan utarbeides jevnlig for å følge utviklingen i de ulike bydelene, og for å måle effekten av ulike tiltak som settes i verk.

## Prosjektgruppen

Denne rapporten er et tverrfaglig samarbeid mellom ulike byrådsavdelinger i Bergen kommune. Arbeidet har blitt ledet og koordinert av prosjektleder ansatt ved Avdeling for miljørettet helsevern, Etat for helsetjenester.

### Medlemmer i prosjektgruppen

<b>Marte Gausvik</b> (prosjektleder)	Byrådsavdeling for helse og omsorg
<b>Brita Øygard</b>	Byrådsavdeling for helse og omsorg
<b>Finn Markussen</b>	Byrådsavdeling for helse og omsorg
<b>Sonja M. Skotheim</b>	Byrådsavdeling for helse og omsorg
<b>Ingvar Tveit</b>	Byrådsavdeling for helse og omsorg
<b>Anne-Lise Hornæs</b>	Byrådsavdeling for helse og omsorg
<b>Grethe Halvorsen</b>	Byrådsavdeling for helse og omsorg
<b>Margaret Torbjørnsen</b>	Byrådsavdeling for helse og omsorg
<b>Endre Leivestad</b>	Byrådsavdeling for byutvikling, klima og miljø
<b>Mary Økland</b>	Byrådsavdeling for sosial, bolig og områdesatsing
<b>Linda Aslaug Guttormsen</b>	Byrådsavdeling for barnehage og skole



## Fordeling på indikatorene

6 måneder

	Levekårssoner	Amming	Foreldre som røyker	Levekårssoner	Sosialt nettverk	Levekårssoner	Hull i tennene	Søvn	Sosialt nettverk	Foreldre som røyker	Språk
Alvøy		144	153	Alvøy	158	Alvøy	139	194	180	57	174
Arna	275	256	Arna	301	Arna	278	284	299	286	297	
Breistein	100	102	Breistein	103	Breistein	119	136	120	77	84	
Bønnesskogen	276	280	Bønnesskogen	321	Bønnesskogen	252	237	280	272	279	
Eidsvåg	189	194	Eidsvåg	218	Eidsvåg	241	276	250	248	249	
Espelend	135	132	Espelend	163	Espelend	141	103	146	145	146	
Fanabygda	196	203	Fanabygda	229	Fanabygda	176	185	277	261	271	
Fantoft	189	193	Fantoft	179	Fantoft	91	71	105	100	104	
Fjellsiden nord	122	119	Fjellsiden nord	130	Fjellsiden nord	89	56	96	93	95	
Fjellsiden sør	196	199	Fjellsiden sør	191	Fjellsiden sør	127	111	125	120	125	
Flaktveit	237	244	Flaktveit	281	Flaktveit	304	329	331	269	330	
Flesland	101	102	Flesland	124	Flesland	118	122	124	75	120	
Godvik	227	226	Godvik	272	Godvik	83	225	294	71	276	
Gravdal	194	203	Gravdal	236	Gravdal	166	189	166	165	165	
Gullfjellet	133	134	Gullfjellet	149	Gullfjellet	118	120	160	152	158	
Haukedal	211	220	Haukedal	207	Haukedal	211	252	214	186	214	
Hellen	198	198	Hellen	224	Hellen	121	87	143	121	139	
Hetlevik	199	195	Hetlevik	216	Hetlevik	186	187	216	201	215	
Hordvik	115	123	Hordvik	116	Hordvik	22**	127	94	61	55	
Kjøkkelvik	129	140	Kjøkkelvik	160	Kjøkkelvik	123	111	152	245	152	
Kronstad	272	285	Kronstad	292	Kronstad	216	198	235	219	233	
Kyrkjetangen	191	196	Kyrkjetangen	216	Kyrkjetangen	195	260	249	210	242	
Laksevåg	336	347	Laksevåg	322	Laksevåg	245	273	248	238	239	
Landås	285	287	Landås	251	Landås	162	147	172	148	169	
Loddefjord	185	186	Loddefjord	188	Loddefjord	153	123	193	190	192	
Minde	189	195	Minde	183	Minde	127	145	164	142	161	
Mjølkeråen	164	180	Mjølkeråen	170	Mjølkeråen	163	132	154	145	122	
Morvik	198	306	Morvik	311	Morvik	306	291	284	254	240	
Nattlandsfjellet	115	115	Nattlandsfjellet	129	Nattlandsfjellet	96	86	112	110	111	
Nesttun	248	259	Nesttun	253	Nesttun	168	171	260	254	257	
Nordre Fyllingen	319	335	Nordre Fyllingen	319	Nordre Fyllingen	193	160	235	193	221	
Nyborg	97	108	Nyborg	128	Nyborg	145	138	142	124	138	
Nygårdshøyden	153	165	Nygårdshøyden	131	Nygårdshøyden	88	60	97	95	96	
Olsvik	123	137	Olsvik	156	Olsvik	91	145	169	151	168	
Paradis	239	242	Paradis	239	Paradis	159	211	290	276	285	
Rolland	149	156	Rolland	168	Rolland	157	158	182	181	182	
Rå	537	541	Rå	607	Rå	326	266	457	266	434	
Sandsli	352	362	Sandsli	456	Sandsli	492	401	511	395	504	
Sandviken	130	130	Sandviken	142	Sandviken	91	64	97	96	97	
Sentrum	147	146	Sentrum	112	Sentrum	68	39**	71	64	70	
Skjold	288	291	Skjold	308	Skjold	232	276	363	346	352	
Slettebakken	356	366	Slettebakken	359	Slettebakken	283	252	277	263	268	
Smørås	355	368	Smørås	372	Smørås	258	227	407	403	399	
Solheim nord	254	256	Solheim nord	208	Solheim nord	92	74	96	84	92	
Solheim sør	131	129	Solheim sør	127	Solheim sør	76	65	87	80	84	
Sædalen	427	437	Sædalen	511	Sædalen	287	297	496	489	496	
Søndre Fyllingen	307	307	Søndre Fyllingen	344	Søndre Fyllingen	281	199	325	295	317	
Vågen	169	168	Vågen	175	Vågen	121	63	128	118	127	
Ytre Arna	114	112	Ytre Arna	118	Ytre Arna	130	105	146	127	134	
Ytrebygda	172	169	Ytrebygda	218	Ytrebygda	236	186	248	189	241	
Øvre Fyllingen	72	72	Øvre Fyllingen	60	Øvre Fyllingen	64	64	74	66	71	
<b>Totalt</b>	<b>10640</b>	<b>10969</b>	<b>Totalt</b>	<b>11551</b>	<b>Totalt</b>	<b>8806</b>	<b>8678</b>	<b>10741</b>	<b>9416</b>	<b>10390</b>	
Svarprosent	93,7	96,6	Svarprosent	100,0	Svarprosent	92,3	94,8	100,0	87,7	96,7	

\*Feil i data, derfor ikke tatt med i tabeller og utregning. \*\*&lt; 50 respondenter, derfor ikke tatt med i tabeller og utregning.

8. klasse

	Levekårssoner	Frukt og grønt	Frokost	Skolemat	Hull i tennene	Fysisk aktivitet	Annen org. aktivitet	Psykiske plager	Bekymringer for noe hjemme	Søvn	Kontakt med hjelpeapp.
Alvøy	191	196	196	191	194	195	194	193	194	185	
Arna	291	283	294	280	295	288	287	286	284	284	
Breistein	137	137	137	135	138	138	136	137	136	136	
Bønnesskogen	236	236	238	231	243	238	241	238	237	229	
Eidsvåg	276	276	278	263	281*	279	274	272	276	264	
Espelend	102	104	104	100	104	102	105	103	103	96	
Fanabygda	189	191	191	184	194	187	188	187	185	182	
Fantoft	72	72	72	71	72	72	71	70	71	68	
Fjellsiden nord	56	58	57	55**	59	58	85	85	56	82	
Fjellsiden sør	111	112	112	110	114	113	118	118	111	113	
Flaktveit	318	328	328	306	329	329	330	326	329	312	
Flesland	121	123	123	120	125	125	123	122	122	119	
Godvik	224	227	226	225	228	223	226	221	225	224	
Gravdal	192	191	191	188	191	190	191	187	189	186	
Gullfjellet	119	119	122	116	125	119	122	120	120	115	
Haukedal	245	253	252	235	258	256	252	251	252	231	
Hellen	101	103	103	88	103	102	146	146	87	139	
Hetlevik	189	197	196	181	195	195	195	192	187	181	
Hordvik	127	127	128	125	130	129	127	124	127	127	
Kjøkkelvik	111	115	114	113	113	112	108	108	111	105	
Kronstad	195	197	198	188	203	202	194	192	198	179	
Kyrkjetangen	260	264	264	249	262	261	260	254	260	246	
Laksevåg	268	274	274	264	278	277	272	269	273	265	
Landås	145	146	146	141	146	147	146	146	147	142	
Loddefjord	122	123	123	123	126	126	124	123	123	121	
Minde	148	148	148	139	148	148	150	146	145	138	
Mjølkeråen	139	139	139	135	141	140	136	137	132	139	
Morvik	288	294	295	287	297	296	295	292	291	288	
Nattlandsfjellet	85	86	86	86	86	85	85	86	86	86	
Nesttun	166	170	171	172	176	170	170	168	171	170	
Nordre Fyllingen	162	166	168	153	173	170	167	169	160	150	
Nyborg	140	145	145	136	145	144	143	139	138	130	
Nygårdshøyden	60	61	62	61	64	62	78	79	60	78	
Olsvik	143	146	146	143	147	144	142	141	145	139	
Paradis	212	213	213	209	216	214	212	214	211	212	
Rolland	155	157	156	151	160	160	161	158	158	151	
Rå	267	270	270	261	271	272	267	264	266	258	
Sandsli	402	407	408	364	401	410	410	410	401	398	
Sandviken	62	62	62	62	64	64	84	84	64	81	
Sentrum	38**	39**	39**	36**	39**	39**	51	51	39**	48**	
Skjold	279	279	279	272	280	278	281	280	276	276	
Slettebakken	255	258	256	244	264	262	247	238	252	222	
Smørås	226	226	229	227	231	226	232	229	227	223	
Solheim nord	80	80	81	66	83	83	83	77	74	74	
Solheim sør	68	68	68	55	73	72	69	65	65	52	
Sædalen	292	294	294	295	298	296	292	294	297	288	
Søndre Fyllingen	198	201	202	196	207	204	203	201	199	195	
Vågen	62	61	61	58	63	63	84	84	63	79	
Ytre Arna	109	110	110	105	113	108	110	111	105	102	
Ytrebygda	183	184	187	179	187	185	185	183	186	179	
Øvre Fyllingen	61	65	65	59	65	64	64	64	64	63	
<b>Totalt</b>	<b>8736</b>	<b>8781</b>	<b>8807</b>	<b>8433</b>	<b>8883</b>	<b>8783</b>	<b>8916</b>	<b>8834</b>	<b>8639</b>	<b>8550</b>	
Svarprosent	95,4	95,9	96,2	92,1	97,0	95,9	97,4	96,5	94,4	93,4	

## Aldersfordeling (01.01.2013)

	0-5 år	6-15 år	16-19 år	20-44 år	45-66 år	67 og over	Totalt
01 Nyborg	196	405	160	880	659	309	2609
02 Breistein	186	409	159	917	585	230	2486
03 Hordvik	232	342	152	867	628	176	2397
04 Mjølkeråen	287	433	181	1289	990	543	3723
05 Ytre Arna	220	352	137	997	677	333	2716
06 Morvik	554	865	394	2188	2089	1126	7216
07 Haukedal	362	696	303	1705	1874	1183	6123
08 Flaktveit	475	838	349	1995	1879	539	6075
09 Gullfjellet	287	454	206	1239	1065	579	3830
10 Espeland	227	339	120	886	533	312	2417
11 Arna	419	792	368	1855	1740	1028	6202
12 Eidsvåg	368	722	295	1632	1269	642	4928
13 Hellen	405	535	232	2487	1553	1223	6435
14 Sandviken	253	288	163	1916	1152	692	4464
15 Fjellsiden nord	260	319	164	2400	1110	449	4702
16 Fjellsiden sør	329	360	193	1810	1205	704	4601
17 Vågen	306	381	187	4049	1431	652	7006
18 Nygårdsh.-Møhlen.	268	254	131	2826	913	370	4762
19 Sentrum	254	172	154	4209	1017	632	6438
20 Solheim nord	413	262	143	3746	1179	663	6406
21 Solheim sør	221	191	99	1763	517	171	2962
22 Kronstad	527	573	276	3452	1535	620	6983
23 Landås	472	446	191	2468	1381	951	5909
24 Minde	335	471	228	1824	1062	452	4372
25 Slettebakken	613	684	249	3160	1507	989	7202
26 Sædalen	848	1189	396	2568	1563	477	7041
27 Nattlandsfjellet	185	300	141	763	830	412	2631
28 Paradis	431	787	356	1854	1602	711	5741
29 Fantoft	349	250	93	2109	650	592	4043
30 Skjold	514	1049	439	2166	1860	866	6894
31 Nesttun	435	786	362	2069	1735	1128	6515
32 Smørås	676	1068	379	2641	1683	618	7065
33 Godvik	439	878	315	1752	1258	340	4982
34 Olsvik	272	467	226	1386	1379	515	4245
35 Kjøkkelvik	277	445	213	1230	978	508	3651
36 Alvøy	268	569	260	1062	1046	387	3592
37 Hetlevik	357	612	267	1651	1274	578	4739
38 Loddefjord	341	446	173	1711	1169	556	4396
39 Gravdal	393	513	245	1981	1198	725	5055
40 Laksvåg	580	731	333	4006	1910	975	8535
41 Øvre Fyllingen	117	258	135	675	747	454	2386
42 Nedre Fyllingen	536	691	336	2476	2194	1553	7786
43 Søndre Fyllingen	600	943	476	2731	2426	1382	8558
44 Bønnesskogen	513	882	421	1981	2089	731	6617
45 Kyrkjjetangen	397	815	407	1637	1496	553	5305
46 Sandsli	711	1473	571	2732	2157	723	8367
47 Rå	999	1235	432	3054	2216	947	8883
48 Flesland	209	394	179	934	811	304	2831
49 Ytrebygda	369	749	341	1556	1440	507	4962
50 Fanabygda	374	785	312	1552	1616	616	5255
51 Rolland	275	511	215	1205	1118	536	3860
Resterende	12	37	10	700	272	20	1051
<b>Totalt</b>	<b>19750</b>	<b>30041</b>	<b>13107</b>	<b>101862</b>	<b>67608</b>	<b>32973</b>	<b>265341</b>

## Aldersfordeling i prosent

	0-5 år	6-15 år	16-19 år	20-44 år	45-66 år	67 og over	Totalt
Nyborg	7,5	16,5	6,4	36,9	23,5	9,3	100
Breistein	7,5	15,5	6,1	33,7	25,3	11,8	100
Hordvik	9,7	14,3	6,3	36,2	26,2	7,3	100
Mjølkeråen	7,7	11,6	4,9	34,6	26,6	14,6	100
Ytre Arna	8,1	13,0	5,0	36,7	24,9	12,3	100
Morvik	7,7	12,0	5,5	30,3	28,9	15,6	100
Haukedal	5,9	11,4	4,9	27,8	30,6	19,3	100
Flaktveit	7,8	13,8	5,7	32,8	30,9	8,9	100
Gullfjellet	7,5	11,9	5,4	32,3	27,8	15,1	100
Espeland	9,4	14,0	5,0	36,7	22,1	12,9	100
Arna	6,8	12,8	5,9	29,9	28,1	16,6	100
Eidsvåg	7,5	14,7	6,0	33,1	25,8	13,0	100
Hellen	6,3	8,3	3,6	38,6	24,1	19,0	100
Sandviken	5,7	6,5	3,7	42,9	25,8	15,5	100
Fjellsiden nord	5,5	6,8	3,5	51,0	23,6	9,5	100
Fjellsiden sør	7,2	7,8	4,2	39,3	26,2	15,3	100
Vågen	4,4	5,4	2,7	57,8	20,4	9,3	100
Nygårdsh.-Møhlen.	5,6	5,3	2,8	59,3	19,2	7,8	100
Sentrum	3,9	2,7	2,4	65,4	15,8	9,8	100
Solheim nord	6,4	4,1	2,2	58,5	18,4	10,3	100
Solheim sør	7,5	6,4	3,3	59,5	17,5	5,8	100
Kronstad	7,5	8,2	4,0	49,4	22,0	8,9	100
Landås	8,0	7,5	3,2	41,8	23,4	16,1	100
Minde	7,7	10,8	5,2	41,7	24,3	10,3	100
Slettebakken	8,5	9,5	3,5	43,9	20,9	13,7	100
Sædalen	12,0	16,9	5,6	36,5	22,2	6,8	100
Nattlandsfjellet	7,0	11,4	5,4	29,0	31,5	15,7	100
Paradis	7,5	13,7	6,2	32,3	27,9	12,4	100
Fantoft	8,6	6,2	2,3	52,2	16,1	14,6	100
Skjold	7,5	15,2	6,4	31,4	27,0	12,6	100
Nesttun	6,7	12,1	5,6	31,8	26,6	17,3	100
Smørås	9,6	15,1	5,4	37,4	23,8	8,7	100
Godvik	8,8	17,6	6,3	35,2	25,3	6,8	100
Olsvik	6,4	11,0	5,3	32,7	32,5	12,1	100
Kjøkkelvik	7,6	12,2	5,8	33,7	26,8	13,9	100
Alvøy	7,5	15,8	7,2	29,6	29,1	10,8	100
Hetlevik	7,5	12,9	5,6	34,8	26,9	12,2	100
Loddefjord	7,8	10,1	3,9	38,9	26,6	12,6	100
Gravdal	7,8	10,1	4,8	39,2	23,7	14,3	100
Laksvåg	6,8	8,6	3,9	46,9	22,4	11,4	100
Øvre Fyllingen	4,9	10,8	5,7	28,3	31,3	19,0	100
Nedre Fyllingen	6,9	8,9	4,3	31,8	28,2	19,9	100
Søndre Fyllingen	7,0	11,0	5,6	31,9	28,3	16,1	100
Bønnesskogen	7,8	13,3	6,4	29,9	31,6	11,0	100
Kyrkjjetangen	7,5	15,4	7,7	30,9	28,2	10,4	100
Sandsli	8,5	17,6	6,8	32,7	25,8	8,6	100
Rå	11,2	13,9	4,9	34,4	24,9	10,7	100
Flesland	7,4	13,9	6,3	33,0	28,6	10,7	100
Ytrebygda	7,4	15,1	6,9	31,4	29,0	10,2	100
Fanabygda	7,1	14,9	5,9	29,5	30,8	11,7	100
Rolland	7,1	13,2	5,6	31,2	29,0	13,9	100
Bergen	7,4	11,3	4,9	38,4	25,5	12,4	100



## Referanser

Aarø, L.E. og Hetland, J. (2009) Ungdom og tobakk. I Klepp, K.-I. & Aarø, L. E. (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (s 146-165). Oslo: Gyldendal akademisk.

Backer Grønningsæter, A og Nielsen, R.A. (2011) *Bolig, helse og sosial ulikhet*. Oslo: Helsedirektoratet

Bergen kommune. (2011). *Levekårsrapport 2011*. Hentet fra [https://www.bergen.kommune.no/bk/multimedia/archive/00142/LEVEK\\_RSRAPPORT\\_25\\_\\_142397a.pdf](https://www.bergen.kommune.no/bk/multimedia/archive/00142/LEVEK_RSRAPPORT_25__142397a.pdf) [05.02.14]

Folkehelseinstituttet. (2012). *Fakta og statistikk om røyking og snus*. Hentet fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=70823> [02.10.13]

Folkehelseinstituttet. (2010, a). *Folkehelse rapport 2010 – Helsetilstanden i Norge*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt

Folkehelseinstituttet, (2010, b). *Psykiske lidelser blant barn og unge*. Hentet fra [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List\\_6212Main\\_6157=6263:0:25,6336&MainContent\\_6263=6464:0:25,6337&List\\_6212=6218:0:25,7198:1:0:0:0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212Main_6157=6263:0:25,6336&MainContent_6263=6464:0:25,6337&List_6212=6218:0:25,7198:1:0:0:0:0) [26.02.2014]

Grova, B. (2007). *Psykologisk forståelse og behandling av søvnproblemer hos barn og unge*. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. Vol 44, nummer 4, side 403-412

Helland, M.J. og Mathisen, K.S. (2009). *13-15-åringene fra vanlige familier i Norge- hverdagsliv og psykisk helse*. Rapport 2009:1. Oslo: Folkehelseinstituttet

Helsedirektoratet. (2012). *Folkehelsepolitisk rapport 2012*. Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet. (2008). *Spedkost 6 måneder. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant 6 måneder gamle barn*. Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet. (2013, a). *Reduksjon av ikke-smittsomme sykdommer – nasjonal oppfølging av WHO's mål*. Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet. (2013, b). *Amming, nattamming og tannhelse*. Hentet fra <http://helsenorge.no/Helse-ogsunnhet/Sider/Amming-nattamming-og-tannhelse/Amming1.aspx> [06.01.2014]

Helsedirektoratet. (2013, c). *Utviklingen i norsk kosthold 2013*. Oslo: Helsedirektoratet

Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). Prop. 1 S (2011-2012). Proposisjon til stortinget. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/pages/35168389/>

PDFS/PRP201120120001HODDDPDFS.pdf [20.01.14]

Hysing, M. et al. (2013). Sleep patterns and insomnia among adolescents: a population-based study. *Journal of sleep research*. Vol 22, nummer 5, side 549-56

Jensen, A. (2009). *Sosiale ulikheter i bruk av helse-tjenester. En analyse av data fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse om helse, omsorg og sosial kontakt*. Oslo: Statistisk sentralbyrå

Kunnskapsdepartementet. (2012) *Framtidens barnehage* (Meld.st 24 2012-2013). Oslo: Departementet

Mæland, J.G. (2004) *Sosiale faktorerens betydning for sykdom og helse*. I Mæland, J.G., Fugelli, P., Høyer, G. og Westin, S. (red), *Sosialemedisin- i teori og praksis*. (s 53-80). Oslo: Gyldendal akademisk

Nordhagen, R. (2009). *Helse hos barn og unge*. I Klepp, K.-I. & Aarø, L. E. (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (s 43-58). Oslo: Gyldendal akademisk.

Nordrehaug Åstrøm, A. (2009). *Ungdoms tannhelse-atferd – et sosialpsykologisk perspektiv på forebyggende tannhelsearbeid*. I Klepp, K-I og Aarø, L E. (red). *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. (s 89-104) Oslo: Gyldendal akademisk

NOVA. (2013). *Ungdata. Nasjonale resultater 2010-2012*. NOVA Rapport 10/13. Oslo: NOVA

Pallesen, S. et al. (2008). Time trends in sleep-onset difficulties among Norwegian adolescents: 1983–2005. *Scandinavian Journal of Public Health*. Volume 36, issue 8, pp 889-95

Samdal, O. et al. (2012). *Sosial ulikhet i helse og læring blant barn og unge*. HEMIL-rapport nr. 2-2012. Bergen: Universitetet i Bergen

Samdal, O. (2009). *Trivsels- og helsefremmende arbeid i skolen*. I Klepp, K.-I. & Aarø, L. E (red). *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. (s 320-45) Oslo: @Gyldendal akademisk

Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Gradientutfordringen*. Oslo: Direktoratet.

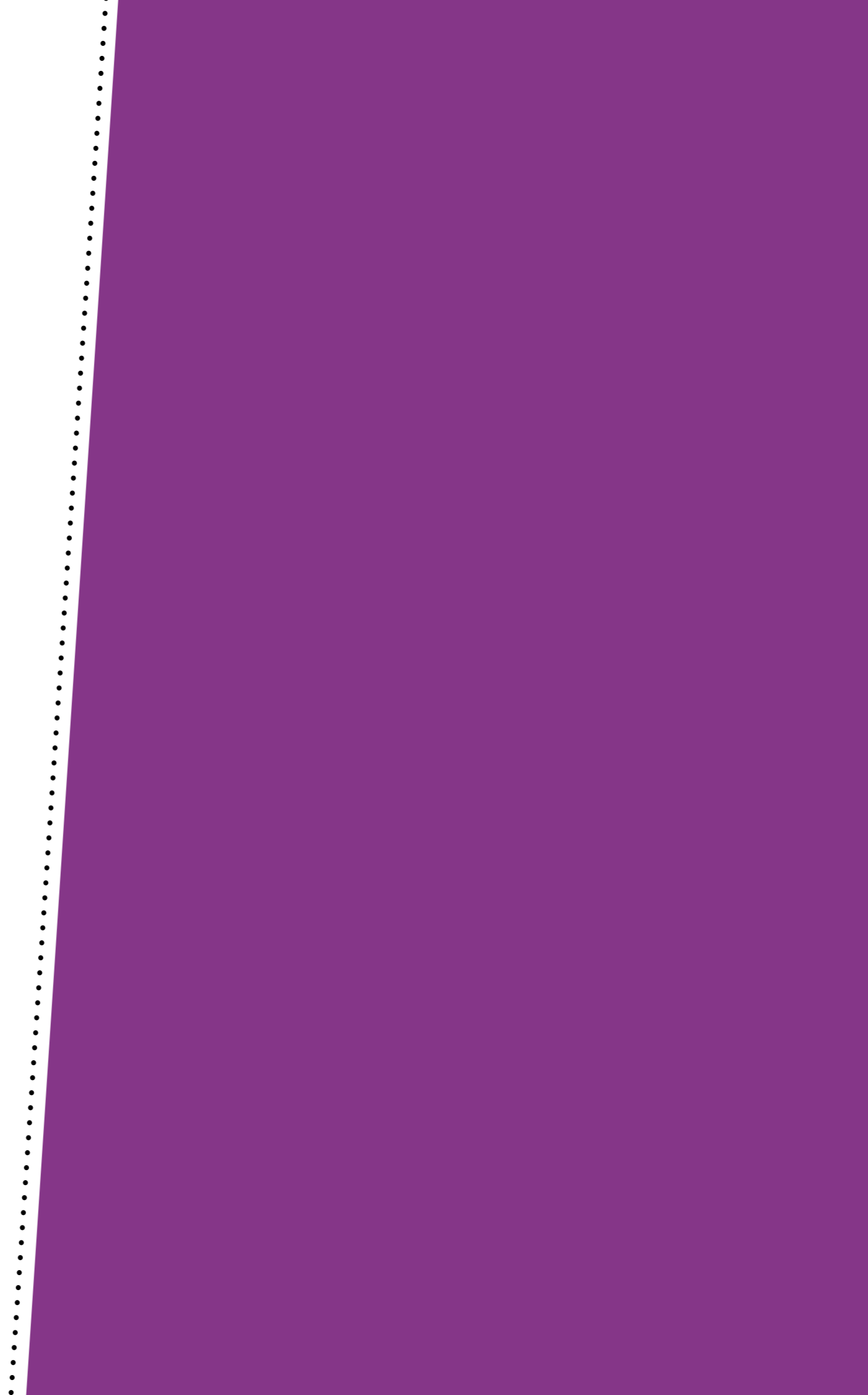
Wold, B. (2009). *Ungdom og idrett: stimulering av initiativ, mestring og sunn livsstil*. I Klepp, K-I og Aarø, L E. (red). *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. (s 182-202) Oslo: Gyldendal akademisk



Foto: Scanstock







Design: Nina Skauge kommunikasjon. Forsidefoto: Scanstock og Bergen kommune. Trykk: Bodoni

En geografisk oversikt over helseatferd og påvirkningsfaktorer blant barn og unge (0-13 år) i Bergen, basert på informasjon fra helsestasjoner og skolehelsetjenesten i Bergen kommune (2010 – t.o.m. juni 2013).



**BERGEN KOMMUNE**

Utgitt av Etat for helsetjenester  
i Bergen kommune, august 2014.

Foto: Scanstock

