

Grunnlagsdokument for utforming av
**Nasjonal strategi for datainnsamling
til helseovervåking basert på
helseundersøkelser**

Avgitt av arbeidsgruppe sammensatt av representanter
fra Folkehelseinstituttet, Sosial- og helsedirektoratet og
Statistisk sentralbyrå.

Oktober 2004

Rapport 2005:3
Nasjonalt folkehelseinstitutt

Tittel:

Grunnlagsdokument for utforming av Nasjonal strategi for datainnsamling til helseovervåking basert på helseundersøkelser

Publisert av :

Nasjonalt folkehelseinstitutt
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403
Norway

Tlf: 22 04 22 00
folkehelseinstituttet@fhi.no
www.fhi.no

Omslag:

Per Kristian Svendsen

Forsidebilde:

Fra venstre: Health and Medicin 2, Photo Alto/O´Corrol og
Image Source/Wonder Years

Trykk:

Nordberg trykk

Opplag:

200

Bestilling:

publikasjon@fhi.no
Faks: 23 40 81 05
Telefon: 23 40 82 00

ISSN:1503-1403
ISBN 82-8082-112-0 trykt utgave
ISBN 82-8082-113-9 elektronisk utgave

Forord

I St.meld. nr. 16 (2002–2003) "Resept for et sunnere Norge" er helseovervåking gitt bred plass i kapittel 10. Her står bl.a.:

Overvåking er en viktig del av folkehelsepolitikken, og gir et fundament for målformuleringer, planlegging, gjennomføring og evaluering. Målet er et mest mulig komplett helseovervåkingssystem som gjør det mulig å følge utviklingen i helse-situasjon og forhold som påvirker helsen, og å sammenligne mellom geografiske områder og mellom land.

For å få kunnskap om utbredelsen av sykdommer og risikofaktorer og hvordan dette forandrer seg over tid i ulike grupper av befolkningen (kjønn, alder, sosiale og økonomiske forhold, etnisitet og geografi) må det drives løpende helseovervåking ved hjelp av helseregistre, data fra forskningsprosjekter og helseundersøkelser.

Den foreliggende rapporten er et grunnlag for utforming av en nasjonal strategi for helseovervåking basert på helseundersøkelser. Rapporten gir en beskrivelse av helseundersøkelsene slik de har vært og er, og legger fram mulige strategier for framtidige helseundersøkelser. Rapporten skisserer hvilke indikatorer som bør samles inn over tid og ulike alternativ for innsamling av overvåkingsdata. Den tar ikke stilling til hvilke løsninger som er best. Det gjenstår fortsatt arbeid med å få til et "komplett helseovervåkingssystem".

Rapporten er utarbeidet av Folkehelseinstituttet i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet og Statistisk sentralbyrå, og det har kommet flere innspill som skal følges opp i 2005. Undertegnede har begge siddet i styringsgruppen for arbeidet med rapporten, og vil takke arbeidsgruppen for et grundig og omfattende arbeid. Rapporten viser at det er mange aktører som bidrar til datainnsamling om helseforhold, både nasjonalt og regionalt. Det er derfor viktig å analysere hvorvidt og på hvilke områder datainnsamlingen bør samordnes.

Vi vil i løpet av våren 2005 nedsette en arbeidsgruppe som får i oppgave å utarbeide en konkret 3-årig rullerende plan (evt. 5-årig) for innsamling av de helseovervåkingsdata som krever helseundersøkelser i felten, basert på et minimum av det som er nødvendig av data for å overvåke den voksne befolkningens helse. Arbeidsgruppen må framlegge en tidsplan og forslag til budsjett i løpet av våren 2005. Arbeidsgruppen må også vurdere om det er behov for et pilotprosjekt før vi fatter en endelig avgjørelse om innsamlingsmetode.

I rapporten antydes det en mulighet for samordning av ungdomsundersøkelsene som gjennomføres av flere institusjoner i dag. Styringsgruppen foreslår at rapporten sendes ut på ekstern høring til berørte institusjoner i ungdomsforskningsmiljøene. Tilbakemeldingene på den eksterne høringen vil være avgjørende for om vi så skal opprette en arbeidsgruppe for å planlegge koordinering innen dette feltet.

Camilla Stoltenberg
divisjonsdirektør
Nasjonalt folkehelseinstitutt

Gunn-Elin Bjørneboe
assisterende direktør
Sosial- og helsedirektoratet

Innhold

Sammendrag	6
1 Innledning	8
1.1 Bakgrunn	8
1.2 Generelt om helseovervåking	8
1.3 Andre arbeidsgrupper innen helseovervåking	9
2 Mandat og arbeidsoppgaver	10
2.1 Mandat	10
2.2 Avgrensning	10
2.3 Arbeidsoppgaver	10
3 Arbeidsgruppens sammensetning, organisering, møter	11
3.1 Styringsgruppe og arbeidsgruppe	11
3.2 Arbeidsgruppens arbeidsmåte	11
4 Oversikt over helseundersøkelser	12
4.1 Mal for kartlegging av helseundersøkelser	12
4.2 Norske helseundersøkelser	12
4.3 Utenlandske helseundersøkelser	14
4.4 Andre datakilder under oppbygging	14
4.5 Oppsummering av kartlegging	14
5 Indikatorliste	16
5.1 Utgangspunkt for valg av indikatorer	16
5.2 Indikatorliste (utenom registerdata)	16
6 Ulike metoder for datainnsamling	17
6.1 Modeller for datainnsamling	17
6.2 Inndeling av datamateriale og bruksområder	18
6.3 Utvalg og gjentatte målinger	19
6.4 Krav til offisiell statistikk	20
6.5 Datakvalitet og standardisering i helseundersøkelser	21
6.6 Deltakelse og belønning	22
7 Vurdering av datainnsamling framover	24
7.1 Behov for sentrale helseovervåkingsdata	24
7.2 Begrensninger ved data på nasjonalt nivå	25
8 Områder som egner seg for samordning	26
8.1 Ungdomsundersøkelser	26
8.2 Intervjuundersøkelser (voksne)	26
9 Anbefalinger for videre arbeid	27
9.1 Høringsrunde	27
9.2 Fokusgrupper	27
9.3 Metodeutvikling for å sikre høy deltakelse	27
9.4 Erfaringer fra nasjonale helseundersøkelser i andre land	27
9.5 Videre arbeid - arbeidsgrupper	27
Vedlegg 1. Oversikt over helseundersøkelser	30
Vedlegg 2. Data som må samles inn i helseundersøkelser	81

Sammendrag

I Norge har vi i dag ikke nasjonale helseundersøkelser hvor man kombinerer innsamling av helsedata med relativt grundige målinger av levevaner og biologiske prøver. Denne problemstilling ble diskutert på et møte mellom Folkehelseinstituttet og Sosial- og helsedirektoratet den 9. februar 2004. Det var enighet om at man i fremtiden vil ha behov for helseundersøkelser med biologiske prøver og fysiske målinger i tillegg til spørreskjema/intervju for å møte behovet for overvåkingsdata.

Det ble oppnevnt en arbeidsgruppe med mandat:

- Lage en oversikt over hvem som samler inn og hva som samles inn av data til overvåkingsformål i dag
- Foreslå hvilke data som skal samles inn gjennom helseundersøkelser.
- Skissere ulike metoder og mulige løsninger for hvordan data kan samles inn. Foreslå områder hvor man kan samarbeide om innsamling av data og vurdere hvordan dette kan samordnes nasjonalt

Kapittel 4 viser en oversikt over eksisterende helseundersøkelser (inkludert helserelaterte undersøkelser) både med og uten fysiske målinger og biologisk materiale. Det er kartlagt 26 undersøkelser fra ni forskjellige institusjoner (vedlegg 1). Undersøkelsene som er kartlagt er svært ulike i både fokus og hvem de retter seg mot. Ett av kriteriene for å komme med i oversikten var at undersøkelsen samlet inn informasjon som kunne brukes i overvåkingsøyemed. De fleste studiene som er inkludert har imidlertid tosidig målsetting – både kartlegging og forskning. Videre presenteres tre utenlandske helseundersøkelser, FINRISK, NHANES og Health Study for England, som alle omfatter kliniske undersøkelser og prøvetaking.

Kapittel 5 omhandler helseindikatorer som bør samles inn for å få en fullstendig oversikt over helsestanden i befolkningen. Indikatorene ble valgt fra en indikatorliste foreslått av EU-prosjektet: "European Community Health Indicators" (ECHI) og den bearbejdede utgaven fra "Prosjekt helseovervåking" ved Folkehelseinstituttet. I foreliggende indikatorliste er det ikke tatt med helseovervåkingsdata fra helseregistre (vedlegg 2). For ca. 50 av de omtrent 100 foreslåtte indikatorene finnes det per i dag ikke data.

Kapittel 6 tar for seg ulike modeller som kan tenkes brukt til datainnsamling og presenterer ulike

typer data (spørreskjema, intervju, biologisk materiale, tester osv.) som er aktuelle i helseovervåkingsøyemed. Modellene som presenteres baserer seg på eksisterende modeller for innsamling av data, både fra norske og utenlandske undersøkelser. Videre tas det opp spørsmål om utvalg, representativitet, datakvalitet, responsrate og eksempler på hvordan deltakelse i helseundersøkelser kan bedres.

Forholdet mellom levevaner og helseforhold er sammensatt, og det er derfor vanskelig å prioritere overvåking av noen risikofaktorer og helsetilstander framfor andre. I kapittel 7 pekes det imidlertid på områder hvor det er et klart behov for å få samlet inn data til overvåkingsformål. Dette gjelder: Risikofaktorer målt i blod (eks kolesterol, vit D, immunstatus), høyde/vekt, kosthold, fysisk aktivitet/form, forekomst av diabetes og psykisk helse/lidelser.

I kapittel 8 omtales områder som kan egne seg for mulig samordning. Undersøkelser blant ungdom er et område der hensiktsmessigheten og kostnadene ved at mange aktører henvender seg til samme marked om overlappende tema må vurderes i forhold til mangfoldet en slik løsning gir. En annen mulighet for samordning er å kombinere SSBs intervjuundersøkelser med fysiske målinger (for eksempel høyde og vekt) eller blodprøver. Begge disse områdene må utredes nærmere.

Anbefalinger for videre arbeid (kapittel 9)

Arbeidsgruppen har ikke sett det mulig å fremme konkrete forslag til løsninger for hvordan en datainnsamling for helseovervåkingsformål bør skje i framtiden. Vi er av den oppfatning at det foreliggende dokument kan tjene som et grunnlagsdokument for videre arbeid når helsemyndigheter, fagmiljøer og andre interessenter har bestemt hvilke indikatorer som skal prioriteres og hvilket ambisjonsnivå man skal legge seg på når det gjelder valg av målemetoder.

Arbeidsgruppen foreslår at den eksisterende arbeidsgruppen oppløses og at den foreliggende rapporten eventuelt sendes til høring til alle institusjonene som er nevnt i forbindelse med kartleggingen av ulike helseundersøkelser (kap 4.1). Styringsgruppen bør videre vurdere om det skal oppnevnes nye arbeidsgrupper på mer spesifikke områder. Eksempelvis arbeidsgrupper:

- for å vurdere samordning av ungdomsundersøkelser (ref kap 8.1).
- for å vurdere muligheter for god overvåking av psykisk helse og psykiske lidelser (ref. kap. 7.1).
- for å vurdere en ny type helseundersøkelse av levevaner (herunder kosthold, fysisk aktivitet/form, røyking, høyde/vekt) og helse (ref. kap. 7.1 og 8.2) Herunder bør det også vurderes hvem som skal ta ansvar for å initiere arbeid med metodeutvikling (øke responsraten) og eventuell gjennomføring av fokusgrupper slik det er skissert i rapporten.
- for å vurdere hvordan data fra andre store helseundersøkelser (for eksempel Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) og Mor og barn undersøkelsen) kan utnyttes til helseovervåkingsformål.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

I 2000 ble det på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet utarbeidet en rapport (Siem-rapporten) som vurderte behovet for fremtidige befolkningsrettede helseundersøkelser. Bakgrunnen var omleggingen av undersøkelsene til Statens helseundersøkelser (SHUS), fra landsomfattende hjerte-karundersøkelser (40-årsundersøkelsene) til et konsept basert på bredere undersøkelser i flere aldersgrupper. Aktiviteten ble definert fra å være et helsetilbud til å være trendovervåking og innsamling av data til forskning og planlegging. Utvalget bak rapporten anbefalte at undersøkelsene ble videreført innenfor den etablerte ramme og etter et standardisert mønster som lar seg justere etter de til enhver tid aktuelle problemstillinger.

Etter at Siem-rapporten var ferdig har det vært omorganisering i den sentrale helseforvaltningen. Folkehelseinstituttet ble opprettet og både SHUS og Folkehelse med flere ble innlemmet i det nye instituttet. Samtidig ble Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) etablert. Ved Divisjon for epidemiologi på Folkehelseinstituttet ble det nedsatt en arbeidsgruppe, ledet av professor Grethe Tell, som skulle komme med forslag til hvordan Folkehelseinstituttet skulle drive datainnsamling i fremtiden. Det ble lagt til grunn at undersøkelsene ikke nødvendigvis skulle videreføres i samme format som i SHUS. Arbeidsgruppen konkluderte med at datainnsamlingsapparatet fra SHUS måtte bestå for at Norge skulle beholde sitt fortrinn i befolkningsbasert epidemiologisk forskning, og at datainnsamlingsapparatet måtte ha en betydelig basisfinansiering fra Folkehelseinstituttet samtidig som det skulle stilles til disposisjon for andre epidemiologiske miljøer i Norge.

Den økonomiske situasjonen for Folkehelseinstituttet ble etter hvert trangere og store innsparinger måtte gjennomføres. Dette omfattet også nedbemanning. Planlagte helseundersøkelser ble gjennomført etter planen, men det ble ikke planlagt noen nye undersøkelser. I tillegg gikk Mor og Barn-undersøkelsen sin gang, men med et stort behov for tilføring av ekstra ressurser. Situasjonen per i dag er slik at ressurser (personell etc.) er styrt mot andre aktiviteter, og Folkehelseinstituttet har ikke planlagt noen nye helseundersøkelser for overvåking i forhold til ikke-smittsomme sykdommer.

1.2 Generelt om helseovervåking

I St.meld. nr.16, 2002-2003 - Resept for et sunnere Norge står det:

"Målet er et mest mulig komplett helseovervåkingssystem som gjør det mulig å følge utviklingen i helsesituasjon og forhold som påvirker helsen, og å sammenligne mellom geografiske områder og mellom land" (kap. 10.1)

"For å få kunnskap om utbredelsen av sykdommer og risikofaktorer og hvordan dette forandrer seg over tid i ulike grupper av befolkningen (kjønn, alder, sosiale og økonomiske forhold, etnisitet og geografi) må det drives løpende helseovervåking ved hjelp av helseregistre, data fra forskningsprosjekter og helseundersøkelser" (kap. 10.1.1)

Stortingsmeldingen legger opp til å basere helseovervåkingen på tre kilder.

- 1) Forskningsprosjekter
- 2) Helseregistre
- 3) Befolkningsrepresentative helseundersøkelser

Data fra forskningsprosjekter er nyttig i overvåkings-sammenheng, men det er vanskelig å basere langsiktig overvåking på slike prosjekter siden forskning og overvåking til dels stiller ulike krav til dataene. Dette gjør at vi i hovedsak har to kilder til data som kan brukes i helseovervåkingsøyemed; helseregistre og befolkningsrepresentative helseundersøkelser. De nasjonale helseregistre ivaretas av Helseregisterloven av 01.01.2002 og gir mye nødvendig informasjon, slik som for eksempel Kreftregisteret, Medisinsk fødselsregister og Meldesystemet for smittsomme sykdommer. Mens noen data er tilgjengelige i sentrale registre, samles andre inn gjennom helseundersøkelser. I dag er det flere aktører som uavhengig av hverandre gjennomfører slike helseundersøkelser, men det er ingen som per i dag samler inn fysiologiske og biologiske data på landsnivå. Det mangler en nasjonal strategi og samordning på dette feltet som sikrer at myndighetenes behov for helseovervåkingsdata er dekket.

I Norge har vi i dag ikke nasjonale helseundersøkelser hvor man kombinerer innsamling av helsedata med relativt grundige målinger av levevaner (kost, aktivitet, røyk) og biologiske prøver, slik man f.eks. har i Finland (FINRISK) og USA (NHANES).

På et felles møte med Folkehelseinstituttet og SHdir den 9. februar 2004 ble behovet for en nasjonal koordinering av datainnsamling i helseundersøkelser diskutert. Det var enighet om at man i fremtiden vil ha behov for helseundersøkelser med biologiske prøver og fysiske målinger i tillegg til spørreskjema/intervju. På møtet ble det vedtatt å opprette en arbeidsgruppe som skal følge opp Stortingsmeldingen når det gjelder helseovervåkingsdata fra helseundersøkelser. Denne rapporten er resultatet av den gruppens arbeid.

1.3 Andre arbeidsgrupper innen helseovervåking

I tillegg til denne gruppen er det nedsatt andre arbeidsgrupper som jobber med nært relaterte problemstillinger. Internt på Folkehelseinstituttet ble det i 2003 etablert "Prosjekt helseovervåking" med representanter fra alle divisjonene på instituttet. Denne gruppen fikk i oppgave å foreslå indikatorer som trengs for å beskrive helsetilstanden i befolkningen og foreslå hvordan data om indikatorene skulle samles inn. De skulle også foreslå hvilke indikatorer som bør inngå i Norgeshelsa (presentasjonsprogram for helsedata på internett). Denne gruppens mandat overlapper noe med den nasjonale strategigruppens mandat. Det er derfor i denne grup-

pen dratt store vekslers på det arbeidet som er gjort i "Prosjekt helseovervåking", spesielt angående forslag til indikatorer. "Prosjekt helseovervåking" har imidlertid et bredere mandat siden det ikke kun omfatter data fra helseundersøkelser men også data fra helseregistre.

Det er også nedsatt en arbeidsgruppe "Kommunehelseprofiler" med representanter fra SSB, SHdir, Folkehelseinstituttet, Leger i samfunnsmedisinsk arbeid (LSA) samt fylkeslegeembetet for å avklare spørsmål vedrørende data på kommunenivå. Arbeidsgruppen skal blant annet gå gjennom eksisterende datakilder med henblikk på gjenbruk av data om helsetilstand, risikofaktorer og tjenester, og finne et avgrenset sett med indikatorer som oppleves nyttige, har god kvalitet, lar seg vedlikeholde og muliggjør sammenligning mellom kommuner. Arbeidsgruppen ledes av SHdir, og skal innen 1. desember 2004 lage et forslag til løsning for å gjøre data om helsetilstand, påvirkningsfaktorer og tjenester mer tilgjengelig for kommunene.

I tillegg er det opprettet et rådgivende utvalg for levekårsundersøkelsen til Statistisk sentralbyrå. Dette er et forum for kontakt der brukerne får oversikt over helheten i systemet av utvalgsundersøkelser og slik sett sikre hensiktsmessig dekning av brukernes interessefelt. Arbeidsgrupper med representanter for brukerne blir etablert i forkant av enkeltundersøkelser. Her gis råd i planlegging av enkeltundersøkelser (utforming og faglig innhold).

2 Mandat og arbeidsoppgaver

2.1 Mandat

Arbeidsgruppen skal foreslå en nasjonal strategi for innsamling av overvåkingsdata gjennom helseundersøkelser (spørreskjema/intervju, biologiske prøver, fysiske målinger) slik at myndighetene får tilgang til nødvendige data.

Arbeidsgruppen skal:

- Lage en oversikt over hvem som samler inn data til overvåkingsformål i dag og hvilke data som samles inn. Dette punktet begrenses til å gjelde helseundersøkelser som er gjennomført i helseovervåkingsøyemed av offentlige institusjoner eller i offentlig regi.
- Foreslå hvilke data (levevaner, kliniske målinger, biologiske prøver) som skal samles inn gjennom helseundersøkelser. Ta utgangspunkt i listen som indikatorgruppen under "Prosjekt helseovervåking" har utarbeidet. Det må legges vekt på hva som er de mest interessante indikatorene for Norge samtidig som man må ta hensyn til internasjonale forpliktelser mht rapportering av overvåkingsdata.
- Skissere ulike metoder og mulige løsninger for hvordan data kan samles inn. Foreslå områder hvor man kan samarbeide om innsamling av data og vurdere hvordan dette kan samordnes nasjonalt. Arbeidsgruppen skal også inkludere kostnadsvurderinger ved de ulike metodene og løsningene for datainnsamling.

2.2 Avgrensning

Arbeidsgruppen tar ikke sikte på å kartlegge hver eneste helseundersøkelse som er gjennomført. Arbeidet avgrenses til nyere helseundersøkelser (siste 10 år) som er gjennomført av offentlige institusjoner eller i offentlig regi (offentlig initiert) i overvåkingsøyemed.

Arbeidsgruppen tar ikke sikte på å utrede budsjettmessige konsekvenser av eventuelle samordninger.

2.3 Arbeidsoppgaver

- Kartlegge eksisterende helseundersøkelser
- Avklare hvilke data myndighetene (spesielt SHdir) har behov for
- Foreslå hvilke data som skal samles inn i fremtidige helseundersøkelser
- Foreslå metoder for fremtidige helseundersøkelser
- Foreslå områder som egner seg for samordning
- Legge fram rapport med arbeidsgruppens anbefaling

Innen 1. oktober 2004 skal arbeidsgruppen levere sin rapport til styringsgruppen. Rapporten skal legges til grunn for mulig budsjettinnspill for kommende år.

3 Arbeidsgruppens sammensetning, organisering, møter

3.1 Styringsgruppe og arbeidsgruppe

Styringsgruppe: Gunn Elin Bjørneboe, assisterende direktør ved Sosial- og helsedirektoratet, og Camilla Stoltenberg, divisjonsdirektør ved Folkehelseinstituttet.

Arbeidsgruppens leder: Inger Cappelen, avdelingsdirektør ved Folkehelseinstituttet

Arbeidsgruppens øvrige medlemmer:

Lars Johansson	Sosial- og helsedirektoratet
Kirsti Strand	Sosial- og helsedirektoratet
Mari Trommald	Sosial- og helsedirektoratet
Jorun Ramm	Statistisk sentralbyrå
Harald Tønseth	Statistisk sentralbyrå
Sidsel Graff-Iversen	Folkehelseinstituttet
Else-Karin Grøholt	Folkehelseinstituttet
Kari Alvær	Folkehelseinstituttet (sekretær)

Mari Trommald har imidlertid ikke deltatt i gruppens arbeid.

3.2 Arbeidsgruppens arbeidsmåte

Det ble avholdt 8 møter i gruppen i perioden mars til oktober 2004. På møtet i april presenterte flere fagavdelinger (fysisk aktivitet, psykisk helse, tobakk, levekår, rus, forebyggende sosial- og helsetjenester) fra Sosial- og helsedirektoratet innspill på databehov de har for å overvåke sine ansvarsområder. På møtet 13. september orienterte Leiv Solheim fra SSB om utvalgsstørrelse og representativitet, og Lena Klasson Heggebø fra SHdir om en planlagt undersøkelse av fysisk aktivitet blant 9- og 15-åringer. I tillegg ble det avholdt et møte 17 september med Anne Sundvoll (seksjon for datafangstmetoder, SSB) for å diskutere bruk av fokusgrupper med tanke på strategier for innsamling av fysiologiske og biologiske data.

Rapporten baserer seg på diskusjoner på møtene og bidrag fra gruppens medlemmer. Den interne Helseovervåkingsgruppen på Folkehelseinstituttet har utarbeidet grunnlaget for indikatorlisten som presenteres i denne rapporten (jmf. kap. 5).

4 Oversikt over helseundersøkelser

Første punkt i mandatet var å lage en oversikt over aktuelle eksisterende helseundersøkelser for å få et inntrykk av de ulike måtene å gjennomføre undersøkelser på.

Vi valgte å inkludere spørreskjema/intervjuundersøkelser både med og uten fysiske målinger og biologisk materiale. Men vi ønsket å favne bredere enn de rene helseundersøkelsene, og inkluderte også helserelaterte undersøkelser som har fokus på levevæner som er av betydning for helsen. Hovedvekten av de inkluderte undersøkelsene er landsrepresentative, men vi har også tatt med enkelte regionale helseundersøkelser.

I tillegg har vi tatt med tre utenlandske helseundersøkelser som omfatter kliniske undersøkelser og prøvetaking.

4.1 Mal for kartlegging av helseundersøkelser

For at oversikten over de ulike undersøkelsene skulle bli noenlunde enhetlig lagde vi en mal for hvilke opplysninger fra hver undersøkelse vi var spesielt interessert i. Malen dekket følgende tema: Oppdragsgiver, databehandler, formål, utvalg og representativitet, datainnsamlingsmetode, innhold i spørreskjema/intervju, fysiske målinger, biologisk materiale, gjennomførte undersøkelser siste 10 år, planlagte undersøkelser og internasjonalt samarbeid/forpliktelse. For nærmere informasjon se vedlegg 1.

4.2 Norske helseundersøkelser

Arbeidet med å kartlegge de norske undersøkelsene ble foretatt ved at man tok utgangspunkt i aktuelle rapporter og nettsider hvor undersøkelsene var beskrevet. Deretter ble utfylte maler sendt til gjennomlesning og kontroll, hovedsaklig til ansvarlig person/institusjon for undersøkelsen.

Undersøkelser fra følgende institusjoner ble inkludert:

1. Folkehelseinstituttet, spesielt fra tidligere Statens helseundersøkelser (SHUS) (Helseundersøkelser og ungdomsundersøkelser)
2. Statistisk sentralbyrå (Levekårsundersøkelser)
3. Sosial- og helsedirektoratet (kost, fysisk aktivitet, røyk)
4. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA)
5. Senter for forskning om helsefremmende arbeid, miljø og livsstil (HEMIL/UIB)
6. Statens institutt for Rusmiddelforskning (SIRUS)
7. Stiftelse for helsetjenesteforskning, Akershus universitetssykehus (HELTEF, nå en del av Kunnskaps-senteret)

I tillegg ble noen enkeltundersøkelser utenom disse institusjonene tatt med. For utfyllende opplysninger om hver enkelt undersøkelse henvises det til vedlegg 1. Nedenfor presenteres imidlertid en tabell over de undersøkelsene som ble kartlagt, hvor noen av opplysningene fra vedlegget er tatt med.

Tabell 1: Oversikt over norske undersøkelser

Navn på undersøkelsen	Ansvarlig institusjon	Spørreskjema/ intervju	Biologisk materiale	Fysiske målinger	Periodisitet
HUBRO, OPPHED, TROFINN, med mer (30, 40, 45, 60, 75 år) (representerer CONOR hvor også HUSK og HUNT inngår)	Folkehelseinstituttet (SHUS)	Spørreskjema	Blod	Høyde/vekt liv-/hoftevidde blodtrykk	Ingen
Innvandrerundersøkelsen i Oslo (20–60 år)	Folkehelseinstituttet SHUS	Spørreskjema	Blod	Høyde/vekt liv-/hoftevidde blodtrykk	Ingen
Ungdomsundersøkelser (Oslo, Oppland, Hedmark, Troms, Finnmark) (10.kl)	Folkehelseinstituttet (SHUS)	Spørreskjema	-	-	Ingen
Helseundersøkelsen ungdom 2004 (Oslo, 3.kl vgs)	Folkehelseinstituttet, UIO	Spørreskjema	Børsteprøve i munnhule	-	Ingen
Helse- og levekårsundersøkelsen – Helse, omsorg og sosial kontakt (16 år+)	SSB	Besøksintervju/telefonintervju/postalt skjema	-	-	3 år

Navn på undersøkelsen	Ansvarlig institusjon	Spørreskjema/ intervju	Biologisk materiale	Fysiske målinger	Periodisitet
Levekårsundersøkelsen – Boforhold, nærmiljø, trygghet og bruk av fritid (16 år+)	SSB	Besøksintervju/telefonintervju/postalt skjema	-	-	3 år
Levekårsundersøkelsen – Arbeidsmiljø og barne-tilsyn (16 år+)	SSB	Besøksintervju/telefonintervju/ postalt skjema	-	-	3 år
Innvandrerens levekår 1996*	SSB	Postalt skjema	-	-	uregelmessig
Forbruksundersøkelsen (0–79 år)	SSB	Besøksintervju/prospektiv registrering i 14 dager	-	-	årlig
Spedkost (6 mnd, 12 mnd, 24 mnd)	SHdir	Spørreskjema til mødre	-	Vekt/høyde fra helsestasjon	uregelmessig
Ungkost (4 år, 9 år og 13, år dvs 4.- og 8. klasse)	SHdir	Spørreskjema/kostdagbok	-	-	uregelmessig
Norkost (16–79 år)	SHddr	Postalt skjema	-	-	uregelmessig
Tobaksbruksundersøkelsen (16 år+)	SHdir	Personlig/telefonintervju	-	-	årlig
Tobaksbruk i ungdomsskolen (8, 9, 10. klasse)	SHdir	Postalt spørreskjema	-	-	5 år
Fysisk aktivitet blant voksne (18–65 år)	SHdir	Postalt skjema (IPAQ)	-	-	uregelmessig
Planlagt: Fysisk aktivitet blant barn (9 år, 15 år)	SHdir	Spørreskjema	Blod	MTI, aerob kapasitet høyde/vekt blodtrykk	uregelmessig
Ung i Norge 2002 (ungdomsskole og videregående skole)	NOVA	Spørreskjema i klassen	-	-	ingen
Livsløp, aldring og generasjon (LAG) (40 år og over)	NOVA	Spørreskjema/ intervju	-	-	Oppfølging –5 år
Bruk av rusmidler i voksenbefolkningen (15 år+)	SIRUS	Besøksintervju/spørreskjema om illegale rusmidler	-	-	5 år
Bruk av rusmidler blant ungdom (15–20 år, av og til også 21–30 år)	SIRUS	Spørreskjema	-	-	årlig
ESPAD-undersøkelsen** (15–16 år, 10.klasse)	SIRUS	Spørreskjema i klassen	-	-	4 år
Helseprofil for barn og ungdom i Akershus – barneundersøkelsen (3. – 7. kl)	HELTEF	Spørreskjema	-	-	Ingen
Helseprofil for barn og ungdom i Akershus – ungdomsundersøkelsen (ungdomsskolen og vgs)	HELTEF	Spørreskjema	-	-	Ingen
Helseprofil Akershus (16–80 år)	HELTEF	Spørreskjema	-	-	Ingen
Helseadferd blant skolebarn (11, 13 og 15 år)	HEMIL/UiB	Spørreskjema	-	-	3–4 år
Barn i Bergen (BiB, fokus på psykisk helse) (2–4.klassinger følges prospektivt)	HALOS/UiB	Spørreskjema/strukturert intervju/utvidet diagnostisk intervju	Prøvetaking, uklart hva		3–4 år
Sesjon (19-åring)	Vernepliktsverket	Spørreskjema/psykologisk prøve	Urin	Høyde, vekt, blodtrykk, hørsel, syn	årlig
Den norske mor og barn undersøkelsen*	Folkehelseinstituttet	Spørreskjema	Blod/Urin		løpende til n=100000
Mammografiscreening*	Kreftregisteret	Spørreskjema		Mammobilde	2 år
Kvinner og kreft*	UiTø	Spørreskjema	Blod (fastlege)		

* Disse undersøkelsene er ikke beskrevet nærmere i vedlegg 1 slik som de andre undersøkelsene og de er ikke inkludert i oppsummeringen i kapittel 4.5.

**ESPAD- European School Survey Project on Alcohol and other Drugs.

4.3 Utenlandske helseundersøkelser

Opplysninger om de utenlandske helseundersøkelsene er innhentet via nettsider og personlig kontakt med prosjektleder Tiina Laatikainen ved KTL, som var leder for FINRISK 2002 (Tabell 2).

4.4 Andre datakilder under oppbygging

SEDA (Sentrale data fra allmennlegetjenesten) er et pilotprosjekt finansiert av Sosial- og helsedepartementet og utført av Statistisk sentralbyrå. Prosjektets formål har vært å teste en metode for uttrekk av data fra allmennlegers elektroniske pasientjournal, og overføring til et sentralt mottak for samling og analyse. Journaluttrekket som inngikk i pilotundersøkelsen besto av fem hovedgrupper av data: Pasientkarakteristika, legekarakteristika, kontaktopplysninger, diagnose og tiltak iverksatt i forbindelse med en pasientkontakt. Kommuneopplysninger (innbyggertall, sentralitetskode, legedekning) er også lagt til analysefilen. Prosjektet er foreslått videreført. Det tilrås at deltagelse baseres på frivillighet, og at statistikken bygger på representative utvalg av allmennleger. Av personvern hensyn, samt manglende mulighet til å inkludere alle leger i et frivillig system ble det ikke vurdert fulltelling i første omgang, men en løsning basert på utvalg. Det anslås at i underkant av 100 leger netto vil være tilstrekkelig for å gi landstall.

IPLOS (Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) er systematisert standardinformasjon dvs. et verktøy for rapportering, planlegging, styring og statistikk for kommunene og for statlige myndigheter. Det er basert på (per i dag frivillig gitte) individopplysninger om søkere og mottakere av kommunale sosial- og helse-

tjenester. Systemet vil inneholde person- og boligopplysninger og informasjon om funksjonsevne, diagnose, vurdering utført av lege/tannhelsepersonell og vedtak om tjenester (type og omfang). Systemet skal innføres i alle kommuner i løpet av en 3 – 5 års periode.

4.5 Oppsummering av kartlegging

Undersøkelsene som er kartlagt er svært ulike i både fokus og hvem de retter seg mot. Ett av kriteriene for å komme med i oversikten var at undersøkelsen samlet inn informasjon som kunne brukes i overvåkingsøyemed. De fleste studiene som er inkludert har imidlertid tosidig målsetting – både kartlegging og forskning. For mange er kanskje forskningsbiten den som vektlegges mest, spesielt gjelder dette de to studiene Livsløp, aldring og generasjonsstudien (LAG) til NOVA og Barn i Bergen (BiB) ved Universitetet i Bergen. Hovedinntrykk fra de norske undersøkelsene som er med i oversikten er oppsummert nedenfor.

De fleste studiene som er med i oversikten er tverrsnittstudier, kun LAG-studien og BiB har lagt opp til prospektiv oppfølging av deltakerne. Utenom disse er det kun Ungdom 2004 og Spedkostundersøkelsen som har repeterte målinger av deltakerne. De fleste studiene i oversikten er lagt opp til å være landsrepresentative. Unntakene er undersøkelsene ved Folkehelseinstituttet (tidligere SHUS) og Helseprofilene fra Akershus. Disse undersøkelsene har store utvalg i geografisk begrensede områder. Hubro inkluderer CONOR-spørsmål, og for disse spørsmålene har man svar på samme spørsmål fra store utvalg i flere landsdeler slik at sammenligning er mulig. Disse store utvalgene tillater også at analysene kan brytes ned på flere undergrupper (for eksempel kommune) enn de landsrepresentative utvalgene til for eksempel SSB.

Tabell 2: Oversikt over utenlandske undersøkelser

Navn på undersøkelsen	Ansvarlig institusjon	Spørreskjema/ intervju	Biologisk materiale	Fysiske målinger	Periodisitet
Health Survey of England	National Centre for Social Research	Spørreskjema personlig fremmøte til intervju	Blodprøve, spytt	Blodtrykk, midje-hofte mål, lungefunksjon, EKG	årlig
FINRISK	KTL National Public Health Institute	Spørreskjema/personlig intervju	Ikke-fastende blodprøve	Blodtrykk, puls, høyde, vekt, hofte, midje funksjonsunders., tannstatus	5 år
NHANES: National Health and Nutrition Examination Survey	Centers for Disease Control and Prevention (CDC), US Department of Health and Human Services	Spørreskjema Spesialintervju ang mental helse.	Blodprøve Urin	Blodtrykk, kroppsmasse, bentetthet, tannstatus, hørsel, syn vannkvalitet med mer.	Kontinuerlig

Undersøkelsene ved Folkehelseinstituttet og SSB, i tillegg til undersøkelsene LAG og BiB har personidentifikasjon på respondentene slik at det var mulig å foreta koblinger mot andre registre og undersøkelser. Helseprofilen for Akershus fikk også koblet på opplysninger fra SSB før datafilen ble aidentifisert. Ut over dette er undersøkelsene anonyme.

Et problem er at mange av undersøkelsene har relativt lav svarprosent. Lavest ligger undersøkelsen om Fysisk aktivitet blant voksne (40%) og Innvandrerundersøkelsen i Oslo (38%). Ungdomsundersøkelsene som gjennomføres på skolen har derimot veldig bra oppslutning. Best svarprosent oppgir Ung i Norge (92%). I den undersøkelsen fikk hver kontaktlærer 1000 kr (evt. 2000 kr for flere enn 6 klasser) for å delta. I Ungkost fikk hver elev 100 kr for å svare på spørreskjema (84% deltakelse i 4. og 8. klasse). Betaling for deltakelse er ellers lite utbredt, men noen undersøkelser har trekning av gavekort og reiser som påskjønnelse. Responsrate og belønning er diskutert mer i kapittel 6.5.

Det er mest utbredt å samle inn data via postale spørreskjema. SSB benytter seg i tillegg av telefonintervju, og både SSB og SIRUS (Rusundersøkelsen blant voksne) benytter besøksintervju. Selv om det er mange ulike institusjoner bak undersøkelsene er det ofte SSB som står for den praktiske gjennomføringen. Det gjelder mange av undersøkelsene initiert av SHdir, NOVA og HELTEF.

Den eneste institusjonen som har etablert tradisjon for fysiske målinger og blodprøvetaking i sine undersøkelser er Folkehelseinstituttet. Sped- og småbarnskost har imidlertid også fysiske målinger, og den planlagte undersøkelsen Fysisk aktivitet blant barn har planer om både blodprøvetaking og fysiske målinger. Oppsummeringsvis er det nødvendig å påpeke at det verken er gjennomført eller planlagt *landsrepresentative* befolkningsundersøkelser for voksne hvor både spørreskjema, fysiske målinger og biologiske materiale omfattes.

5 Indikatorliste

Arbeidsgruppen skulle, som del av mandatet, foreslå hvilke data (levevaner, kliniske målinger, biologiske prøver) som skal samles inn gjennom fremtidige helseundersøkelser. I dette forslaget var det viktig å legge vekt på hva som er de mest interessante indikatorene for Norge. Samtidig var det også viktig å ta hensyn til internasjonale forpliktelser med tanke på rapportering av overvåkingsdata.

5.1 Utgangspunkt for valg av indikatorer

Arbeidsgruppen tok utgangspunkt i forslaget til indikatorliste som var utarbeidet av "Prosjekt helseovervåking" (se kap. 1.3). Disse indikatorene var valgt fra en indikatorliste foreslått av EU-prosjektet: "European Community Health Indicators" (ECHI) samt fra indikatorlisten i den forrige utgaven av "Norgeshelsa". I tillegg ble indikatorlisten fra "Prosjekt helseovervåking" supplert med noen ekstra indikatorer som følge av innspill fra SHdir. Indikatorlisten er ikke et statisk produkt, fordi det kan ønskes nye indikatorer knyttet til spesielle satsingsområder. Det forventes at listen vil endre seg jevnlig i henhold til nye folkehelseutfordringer.

Indikatorene skal være viktige i et nasjonalt perspektiv for å få en fullstendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen. Ideelt sett skal målingene være valide, repeterbare, tilgjengelige, enkle og forståelige, og bør i tillegg utføres i grupper som er populasjonsbasert med så liten seleksjonsskjevhet som mulig. Disse kriteriene er det imidlertid ikke alltid mulig å oppfylle. Det er videre ønskelig å stratifisere dataene på alder, kjønn, sosioøkonomi (der dette er mulig), etnisitet/minoritet (der dette er relevant) og geografi.

5.2 Indikatorliste (utenom registerdata)

I den fullstendige indikatorlisten fra "Prosjekt helseovervåking" er det inkludert data hentet fra både helseundersøkelser og helseregistre. Den er delt inn i følgende hovedoverskrifter:

- Demografiske og sosioøkonomiske faktorer
 - Populasjon
 - Sosioøkonomiske faktorer
- Helsetilstand
 - Generell dødelighet
 - Årsaksspesifikk dødelighet
 - Sykelighet
 - Selvpoplevd helse og funksjonell helse
- Risiko- og beskyttende faktorer
 - Personlige og biologiske faktorer
 - Helseatferd
 - Forhold i hjemmet og i arbeidslivet
- I tillegg kommer en rekke forhold ved helsetjenesten.

Data på mange av indikatorene er tilgjengelig gjennom ulike registre. Dette gjelder blant annet indikatorer for populasjon, sosioøkonomiske faktorer, dødelighet og enkelte spesifikke sykdommer. Denne arbeidsgruppens mandat omfatter imidlertid kun data som skal samles inn gjennom helseundersøkelser. Vi presenterer derfor i vedlegg 2 et utdrag fra indikatorlisten hvor kun disse indikatorer er tatt med, slik at indikatorene basert på registerdata er utelatt. Totalt er det nå 100 indikatorer på listen. Disse dataene kan enten samles inn via spørreskjema/intervju (health interview survey - HIS) eller via kliniske undersøkelser (health examination survey - HES). Ca. halvparten av de 100 indikatorene finnes det ikke data på per i dag. Det gjenstår fortsatt noe arbeid med spesifisering/definisjon/metadata knyttet til de valgte indikatorene.

Det ble satt spørsmålsteget ved om det faktisk er behov for et så stort antall indikatorer som antydnet i listen til å overvåke befolkningens helse. Arbeidsgruppen diskuterte om man skulle presentere en kortere liste med spesielt viktige, aktuelle og prioriterte indikatorer siden det erfaringsmessig ofte anbefales for mange indikatorer i forhold til hva som blir brukt i den faktiske helseovervåkingen. En slik "kortliste" krever en grundigere gjennomgang enn hva arbeidsgruppen ville klare innen fristen, og er derfor ikke utarbeidet. Imidlertid har vi i kap. 7.1 presentert noen områder med et spesielt behov for overvåkingsdata.

6 Ulike metoder for datainnsamling

Arbeidsgruppen har tatt utgangspunkt i eksisterende modeller for innsamling av data både fra norske og utenlandske undersøkelser. I kap 6.1 presenteres ulike modeller som kan tenkes brukt til innsamling av biologisk materiale og fysiske målinger for helseovervåkingsformål. I kap 6.2 presenteres ulike typer av datamateriale (spørreskjema, intervju, biologisk materiale, tester osv.) som skal samles inn, med informasjon om formål og bruksområde for ulike data/målinger. Videre tas det opp spørsmål om utvalg, representativitet, datakvalitet, responsrate (frammøteprosent) m.m.

6.1 Modeller for datainnsamling

I tabell 3 presenteres ulike metoder for innsamling av biologisk materiale og fysiske målinger for helseovervåkingsformål.

De ulike modellene kan kombineres og justeres avhengig av ressursene og behovet man har. FINRISK bruker både lokale helsesentra og skoler som lokaler for sine undersøkelser (modell E og F). NHANES kombinerer hjemmebesøk med påfølgende medisinsk undersøkelse og prøvetaking på mobilt lokale (modell B og D), mens Health Survey for England foretar hjemmebesøk av en intervjuer med påfølgende besøk av helsesøster (modell B).

Tabell 3: Modeller for datainnsamling

Modeller	Kort beskrivelse
A) Selvadministrerende, egeninnsending av spørreskjema og prøver	Sender brev med spørreskjema og legger ved utstyr slik at man kan ta biologiske prøver og utføre fysiske målinger selv. Både prøver og spørreskjema sendes tilbake i ferdig adresserte og frankerte konvolutter.
B) Hjemmebesøk med prøver og målinger	Hjemmebesøk med intervju, prøver og målinger. En opplært/kyndig person, eventuelt flere, knyttes til etablerte undersøkelser (f.eks. SSB). Intervjueren spør om personen vil være med i en undersøkelse som omfatter målinger. Innebærer hjemmebesøk, + eventuelt bruk av postalt skjema som sendes på forhånd eller legges igjen etter besøket. Eventuelt foretas nytt hjemmebesøk av "måle-person" fra Folkehelseinstituttet.
C) Oppmøte hos egen fastlege	Innkalling med spørreskjema og oppfordring til personlig oppmøte hos fastlege. Ber den enkelte fylle ut spørreskjema, returnere dette og gå til sin fastlege for å få utført prøver/målinger.
D) Oppmøte ved mobilt lokale (buss)	Innkalling med spørreskjema og oppfordring til personlig oppmøte ved mobilt midlertidig kontor/buss. Personalet er ansatt spesielt for gjennomføring av undersøkelsen. Ber den enkelte fylle ut spørreskjema, returnere dette og møte opp for å få utført prøver/målinger (SHUS-modell).
E) Oppmøte ved fast midlertidig lokale	Innkalling med spørreskjema og oppfordring til personlig oppmøte i faste lokaler, midlertidig opprettet for anledningen. Personalet er engasjert spesielt for gjennomføring av undersøkelsen. Ber den enkelte fylle ut spørreskjema, returnere dette og møte opp for å få utført prøver/målinger (SHUS-modell).
F) Oppmøte ved faste stasjoner i helsetjenesten	Innkalling med spørreskjema og oppfordring til personlig oppmøte ved faste stasjoner i helsetjenesten. Ber den enkelte fylle ut spørreskjema, returnere dette og møte opp på en fast stasjon (for eksempel helsestasjon, eventuelt interesserte leger, poliklinikk) for å få utført prøver/målinger.
G) Helsestasjon eller skole – modell for barn og ungdom	Helsestasjon- og skolemodell for barn og ungdom. Det engasjeres prosjektledere som samarbeider med kommunalt helsepersonell og eventuelt lærere. Lokalt personell kan eventuelt leies inn i tillegg til at helsepersonell "kompenseres" for ekstra arbeid. Ulike målinger og blodprøve kan eventuelt tas av helsesøster.
H) Frammøte ved sesjon	Samarbeid med Vernepliktsverket. Fra 2005 vil alle jenter få innkallelse til sesjon, men ikke plikt til å møte opp.

6.2 Inndeling av datamateriale og bruksområder

Tabell 4 viser ulike typer av datamateriale som kan samles inn og eksempler på bruksområder. Videre antydes det hvilket kompetansenivå det er behov for, for å kunne samle inn ulike typer data.

Med "nivå" menes grad av bistand som trengs for

å samle inn det aktuelle datamateriale.

- 1 = deltaker selv (selvadministrering)
- 2 = ufaglært personell (kan læres opp til gitt datainnsamling, eks. høyde/vekt)
- 3 = helsepersonell (som minimum kan ta blodprøver og måle blodtrykk)
- 4 = høyt kvalifisert personell (for eksempel psykiater, psykolog, ernæringsfysiolog)

Tabell 4: Oversikt over ulike typer datamateriale og bruksområder

Datamateriale			
Hoved-inndeling	Undergruppe	Eksempler på formål og bruksområder	"Nivå"
Spørreskjema/ intervju	Spørreskjema	Helse- og levekårsundersøkelsene (kjent sykdom, helse, livsstil, m.m.). Selvadministrerende skjema som kan sendes i posten eller fylles ut via internett.	1
	CAPI-personintervju	Helse- og levekårsundersøkelsene (kjent sykdom, helse, livsstil, m.m.). CAPI = computer assisted personal interview (brukes mye av SSB, både ved personlig oppmøte og v.h.a. telefon). Intervju om kostholdet siste døgn (24h recall).	2
	Dybdeintervju	Brukes ved diagnosestilling av psykiske lidelser, krever strukturerte (standardiserte) intervjuer. Kosthistorisk intervju (Diet history).	4
	Dagboksundersøkelser	Respondenter får utlevert en forhåndskodet dagbok der all inntak av mat og drikke eller fysisk aktivitet rapporteres i 1-7 dager.	1 eller 2
Biologisk materiale	Halspensel	Brukes for å ta prøver i halsen. Spesielt for måling av infeksjonsstatus (meningokokker eller pneumokokker).	2
	Spytt	Brukes for måling av immunstatus av sykdommer det vaksineres mot.	1
	Urinprøve	Testing for klamydia, eventuelt koststatus (jod og natrium). Urinprøver kan sendes inn i egnet beholder som er tilsendt.	1
	Blodprøve	Her bør det skilles mellom serumprøver, fullblod, fastende blodprøver m.m. Måling av ulike risikofaktorer (lipider, glukose, m.m.).	3
	Morsmelk	Brukes for måling av miljøgifter (dioksin og PCB). Tilsendt beholder kan returneres med morsmelk.	1
Fysiske målinger og funksjonstester	Blodtrykk	Måling av blodtrykksnivå. Bør skille mellom manuell måling og automatisk (Dinamap eller lignende).	3
	Spirometri	Brukes for målinger av lungefunksjon (astma, KOLS).	2
	Høyde/vekt	Måles bl.a. for å bestemme kroppsmasseindeks. Kan rapporteres via spørreskjema eller måles av opplært personell.	1 eller 2
	Hofte og livvidde	Måles for å beregne ratio midje/hofte som et mål for abdominal fedme (evt. hudfoldmåling).	2
	Aerob kapasitet	Indirekte test på sykkel event. direkte test på tredemølle med måling av ekspirasjonsluft for å måle kondisjonen (fysisk form).	2

Datamateriale			
Hoved-inndeling	Undergruppe	Eksempler på formål og bruksområder	"Nivå"
	<i>Fysisk aktivitet</i>	Akselerometer, beregner gjennomsnittlig aktivitetsnivå.	1 eller 2
	<i>Balanse/styrke</i>	Ulike apparater eller bevegelser for testing av muskelstyrke, bevegelse, motorikk og balanse.	2
	<i>Allergitester</i>	Prikktester.	3
	<i>Bentetthetsmåling</i>	Måling av tetthet i underarm (event. andre steder) for å vurdere grad av benskjørhet.	2
	<i>Syn-/hørselstest</i>	Måling av syn og hørsel.	2
	<i>ADL</i>	ADL = activity in daily life. Testing av mobilitet og andre funksjoner.	2
Eksponeeringsdata fra omgivelsene	<i>Vannprøver</i>	Måling av vannkvalitet.	1
	<i>Luftforurensing</i>	Måling av SO ₂ , NO ₂ , svevestøv og lignende ved faste stasjoner.	4
	<i>Inneklima/radon</i>	Måling av inneklima – røyk, radon i private boliger.	4
	<i>Støy</i>	Måling av trafikkstøy i bolig(strøk).	4

6.3 Utvalg og gjentatte målinger

6.3.1 Utvalg og representativitet

For å få helseovervåkingsdata for hele landet er det behov for landsdekkende utvalgsundersøkelser. Utvalget kan trekkes fra Det sentrale folkeregistret, eventuelt supplert med opplysninger fra andre registre når det er hensiktsmessig. Det skilles mellom to hovedtyper utvalg, nemlig utvalg trukket i ett trinn som kan kalles direkte personutvalg, og utvalg trukket i to trinn som kan kalles indirekte personutvalg. Å trekke et direkte personutvalg vil si at det ikke legges noen restriksjoner på hvilke personer som er aktuelle for undersøkelsen. Den eneste måtte være begrensning på hvilke aldersgrupper som er aktuelle for undersøkelsen. I slike direkte utvalg vil innsamlingsmetoden enten være postal eller ved bruk av telefon. En tredje metode der den er aktuell for respondenten er internett. Når to trinns utvalg velges skyldes det at datainnsamlingen må gjennomføres ved bruk av besøksintervju. For å begrense utgiftene ved en slik metode trekkes det først ut et antall områder der personene som skal intervjues (besøkes) er bosatt, og deretter trekkes de aktuelle personene fra disse områdene. Statistisk sentralbyrå har en generell utvalgsplan for besøksintervju med intervjuere i hvert uttrukket område.

Generelt kan det sies at et ett trinns utvalg er mer effektivt enn et to trinns utvalg i den forstand at ved

bruk av samme utvalgsstørrelse oppnår en større treffsikkerhet i resultatet ved ett trinn sammenliknet med to trinn. På den annen side: Dersom besøksintervju er nødvendig for å samle inn data må utvalget trekkes i to trinn, både for å begrense kostnadene til opplæring av intervjuere og for å holde kostnadene til reiseutgifter nede.

For helsetilstander/risikofaktorer som er lite utbredt kan en spesiell type to trinns utvalg være nødvendig, nemlig såkalt klyngeutvalg. I dette tilfellet trekkes først et antall områder i Norge, f.eks. noen mindre kommuner og delområder eller bydeler i større kommuner (storbyene). Deretter gjennomføres det en fullstendig kartlegging av personene i disse områdene. En annen type klyngeutvalg kan være undersøkelser som gjennomføres ved å undersøke skoleelever på bestemte klassetrinn. I dette tilfellet vil en trekke ut et antall skoler og deretter undersøke alle elevene på det eller de klassetrinnene som er målgruppen for undersøkelsen.

For å oppnå representativitet er de to viktigste kriteriene at utvalget er av en viss størrelse og dessuten at de som trekkes ut til utvalget er godt spredt med hensyn til faktorer som betyr mye for de helsetilstander/risikofaktorer som undersøkes. For å kunne angi en fornuftig størrelse på utvalget er det nødvendig å vite noe om hvordan spredningen eller variasjonen er for de data som undersøkes og dessuten stille opp et krav til hvilken treffsikkerhet en krever i resultatet(ene).

Treffsikkerheten i resultatet måles ofte i variasjonskoeffisienten, som er standardavviket i prosent av resultatet, f.eks. andelen eller antallet i befolkningen med en bestemt egenskap. Typiske eksempler er andelen overvektige, andelen med en eller annen type allergi osv. For andeler kan også kravet til treffsikkerheten i resultatet være gitt ved standardavviket selv.

I tabell 5 har vi stilt opp sammenhengen mellom andelen, standardavviket og utvalgsstørrelsen ved et enkelt tilfeldig utvalg. Enkelt tilfeldig utvalg betyr at alle utvalg av en gitt utvalgsstørrelse er like sannsynlige, men en kan også tenke på et slikt utvalg som et selvveiende utvalg som betyr at alle personer i befolkningen har samme sannsynlighet for å bli trukket ut.

Tabellens viktigste budskap er at det å øke treffsikkerheten koster: For å halvere usikkerheten må utvalget firedobles. Dette kan illustreres ved eksempler (fet skrift i tabellen):

- En sykdom med prevalens på 5% vil, med et utvalg på 2500, ha et 95% konfidensintervall fra [4.2 , 5.8]. Hvis utvalget økes til 10 000 blir konfidensintervallet [4.6 , 5.4].
- Hvis røykeandelen i befolkningen er 25%, vil et utvalg på 400 personer gi et konfidensintervall fra [20.6 , 29.4]. Et utvalg på 1600 personer vil gi et snevrere konfidensintervall [23.8, 27.2].

Usikkerhetsanslagene angitt i tabellen under gjelder for hele utvalget under ett, uten inndeling i undergrupper. Ønsker man å stratifisere på ulike aldersgrupper og kjønn vil usikkerheten i dataene øke om man ikke øker utvalgsstørrelsen tilsvarende.

6.3.2 Gjentakelse av datainnsamlinger, personer og frekvens

For helseovervåkingsformål er det viktig å følge helse-tilstand og risikofaktorer over tid i befolkningen. For de ulike indikatorene må det tas stilling til om det er viktig å følge utviklingen for de samme personene eller om det kan være nye utvalg (nye årskull eller nye fylker, eventuelt nye representative utvalg, som skal undersøkes).

Videre må det vurderes hvor raskt det er nødvendig å gjenta datainnsamlingen for en gitt indikator. Dette vil være avhengig av hva formålet med datainnsamlingen skal være og hvor raskt en indikator kan endre seg.

6.4 Krav til offisiell statistikk

Statistisk sentralbyrå (SSB) har utarbeidet et notat som beskriver offisiell statistikk for Norge og gjelder dermed alle som produserer slik statistikk. Nedenfor følger noen utdrag av dette notatet som har relevans for helseopplysninger, enten de hentes fra etablerte helseregistre eller de hentes inn fra helseundersøkelser. Det står i notatet:

Offisiell statistikk kan utarbeides både på basis av data som er samlet inn til andre formål, som ofte finnes i administrative registre, eller data samlet inn i egne undersøkelser for å produsere offisiell statistikk.

Statistikkloven setter de formelle rammer for all norsk offisiell statistikk. Den definerer offisiell statistikk som statistikk som gjøres tilgjengelig for allmennheten av Statistisk sentralbyrå eller annet statlig organ. Lovens

Tabell 5: Usikkerheten (standardfeilen) i beregnede andeler som funksjon av andelen og utvalgsstørrelsen

Antall i utvalget	Andelen som oppgir den egenskapen som undersøkes								
	1%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	99%
4	5,0%	10,9%	15,0%	21,7%	25,0%	21,7%	15,0%	10,9%	5,0%
9	3,3%	7,3%	10,0%	14,4%	16,7%	14,4%	10,0%	7,3%	3,3%
25	2,0%	4,4%	6,0%	8,7%	10,0%	8,7%	6,0%	4,4%	2,0%
100	1,0%	2,2%	3,0%	4,3%	5,0%	4,3%	3,0%	2,2%	1,0%
400	0,5%	1,1%	1,5%	2,2%	2,5%	2,2%	1,5%	1,1%	0,5%
900	0,3%	0,7%	1,0%	1,4%	1,7%	1,4%	1,0%	0,7%	0,3%
1 600	0,2%	0,5%	0,8%	1,1%	1,3%	1,1%	0,8%	0,5%	0,2%
2 500	0,2%	0,4%	0,6%	0,9%	1,0%	0,9%	0,6%	0,4%	0,2%
10 000	0,1%	0,2%	0,3%	0,4%	0,5%	0,4%	0,3%	0,2%	0,1%

generelle formål er å fremme effektiv produksjon av tjenlig statistikk gjennom å gi regler for innsamling og bruk av opplysninger for statistiske formål.

Det står videre i notatet at offisiell statistikk må utarbeides på et uavhengig grunnlag, ha høy kvalitet og gis vid spredning som et felles gode for samfunnet.

Om kvalitet og kostnader ved produksjon av offisiell statistikk står bl.a.:

Brukernes behov setter krav til høy kvalitet i offisiell statistikk. Dette innebærer at statistikken er:

- Relevant og dekkende
- Nøyaktig
- Aktuell og punktlig
- Sammenliknbar og sammenhengende
- Tilgjengelig og dokumentert

Statistikken skal produseres så effektivt som mulig, og kostnadene ved produksjon av offisiell statistikk må veies opp mot kvalitetskriteriene. Oppgavebyrden bidrar til samfunnets kostnader knyttet til statistikkproduksjon, og blir dermed også en kvalitetsindikator. Kvalitet i statistikken forutsetter at datasikkerheten og personvernet ivaretas.

Den offisielle statistikken må være nøyaktig nok for formålet, og det skal gjøres rede for feilkildene knyttet til den.

Gjennom deltakelse i Statistikkrådet¹ skal Folkehelseinstituttet og SHdir gjennomgå sine innsamlede data og avgjøre hvilke som bør foreslås gitt status som offisiell statistikk. Alle data til nasjonal helseovervåking bør hovedsakelig stamme fra slike kilder.

6.5 Datakvalitet og standardisering i helseundersøkelser

Notatet sitert i 6.4 påpeker at *„kostnadene ved produksjon av offisiell statistikk må veies opp mot kvalitetskriteriene“*. Arbeidsgruppen vil her liste opp noen eksempler på en del indikatorer der det kan stilles spørsmålet: Hva er godt nok? Det vil bli et avveiningsspørsmål om man vil ha flere indikatorer som er mindre ressurskrevende å samle inn, men av dårligere kvalitet, eller færre indikatorer med god kvalitet med en mer kostbar datainnsamling.

¹ Statistikkrådet er et rådgivende organ for Statistisk sentralbyrå og andre produsenter av offisiell statistikk i Norge.

Eksempler:

- **Måling av høyde og vekt**
Hva betyr standardiserte målinger i forhold til vekt- og høydemåling med badevekt og tommestokk? Hva betyr standardiserte målinger i forhold til selvrappporterte opplysninger på et spørreskjema.
- **Måling av blodtrykk**
Hva betyr standardiserte målinger (trente sykepleiere med Dinamap) i forhold til måling av blodtrykk på et legekontor eller med hjemmemålingsapparat?
- **Måling av lipider (eller andre indikatorer) i blod**
Alle blodprøver til ett laboratorium i forhold til mange ulike laboratorier. En standardisert metode mot forenklete tester vha. sticks eller lignende.
- **Måling av fysisk aktivitet og form**
Spørreskjema kontra fysiske tester. Enkle submaksimale tester (steptest, gåtest, sykkel) kontra måling av maksimalt O₂-opptak på tredemølle?
- **Opplysninger om kosthold**
Spørreskjema (detaljerte 4-siders eller forenklet med 8–10 spørsmål) kontra kostholdsdagbok. Intervju kontra måling og veiing av all mat i en viss periode.
- **Psykisk helse og psykiske lidelser**
Spørreskjema ("instrumenter" – lange og kortvarianter) kontra dybdeintervjuer. Enkle intervjuer kontra diagnosebaserte strukturerte intervjuer.
- **Opplysninger om egenrapportert livsstil og lignende**
Hva er forskjell i kvalitet for de enkelte variablene hvis de kortes ned til et minimum (til sammen 2 sider) kontra mange spørsmål på hvert tema (6–8 sider)?
- **Opplysninger om sykdommer (hyppighet og forekomst)**
Hva er kvalitetsforskjell på selvrapportert sykdom og verifisering via et sykdomsregister eller journalgjennomgang på sykehus?
- **Opplysninger om helsetilstand til eldre (og demente)**
Spørreskjema (egenrapportert eller med hjelp av pårørende) kontra intervju av personale på sykehjem? Spørreskjema kontra funksjonstester (ADL)?

Denne listen kan gjøres mye lengre. Arbeidsgruppen har ikke hatt kapasitet til å skaffe litteratur eller annet bakgrunnsmateriale for å kunne svare på spørsmålet: **Hva er godt nok?** Etter vår oppfatning er dette et spørsmål som de ulike fagmiljøene må drøfte og herunder foreta avveiningen mellom kostnadene ved produksjon av helseovervåkingsdata og kvalitetskriterier.

Uansett valg av metode for datainnsamling er det viktig at innsamlingen skjer etter detaljerte protokoller og mest mulig etter standardiserte prosedyrer. All datainnsamling må kunne dokumenteres på en god måte.

6.6 Deltakelse og belønning

6.6.1 Endring i deltakerandel over tid

Frafallet i utvalgsundersøkelser generelt har økt vesentlig de siste 25 årene, både i Norge og i andre land. Besøksundersøkelser har ofte høyere frafallsprosent enn telefonintervjuundersøkelser, og undersøkelser som krever mye av de uttrukne personene har ofte høyere frafallsprosent enn undersøkelser som tar kort tid og krever mindre².

Frammøte i 40-åringundersøkelsene (postalt spørreskjema og helseundersøkelse) til Statens helseundersøkelser er redusert betydelig over tid. I Oppland og Hedmark har utviklingen vært slik:

	1976	1986	1994	1997/98	2001/02*
Oppland menn, %	90	84	68	64	51
Oppland kvinner, %	94	89	77	72	61
Hedmark menn, %			69	59	51
Hedmark kvinner, %			76	70	64

*Undersøkelsene fra 2001/02 omfattet flere aldersgrupper enn 40 åringer (se mer informasjon nedenfor).

Svarprosenten ble redusert med 12-16 prosentpoeng fra 1986 til 1994 i Oppland. Utover 90-tallet har det gått jevnt nedover til i overkant av 50% for menn og i overkant av 60% for kvinner.

I perioden 2001/02 ble det gjennomført regionale helseundersøkelser i fem fylker i Norge i regi av Folkehelseinstituttet/SHUS. Alle personer på 30, 40, 45, 59/60 og 75/76 år ble invitert. Deltakerprosenten var 46% i Oslo (2000/01), 57% i Hedmark (2001/02), 55% i Oppland (2001/02), 77% i Tromsø (2001), 54% i Troms utenom Tromsø (2002) og 60% i Finnmark (2002).

Aktiv deltakelse varierer både med alder og kjønn. Svarprosenten er høyere for kvinner og lavere for 30-åringene (36% i Oslo) og høyest for 59-60-åringene (55% i Oslo). I Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO) varierte fremmøte også med fødeland. Av innvandrere fra vestlige land deltok 42% og blant innvandrere fra ikke-vestlige land deltok 39%. Innvandrersundersøkelsen i Oslo ga samme bilde. Totalt møtte 38 prosent av de inviterte frem (41 prosent av kvinnene og 35 prosent av mennene).

Deltakelsen i SSBs helseundersøkelser (besøksintervju, telefonintervju, ikke målinger og blodprøve) og SSBs forbruksundersøkelse (besøksintervju og føring av utgiftshefter) har også vist nedadgående tendens. Svarprosenten på helseundersøkelsen er fortsatt ikke

under 70%, mens forbruksundersøkelsen har tilsvarende oppslutning som 40-åringundersøkelsene:

	1975	1985	1995	1998	1999/01	2002
Helseundersøkelsen, %	89	79	75	73		70
Forbruksundersøkelsen, %	68	61	62	58	52	

Svarprosenten for forbruksundersøkelsen er oppgitt for følgende tidsperioder: 1975, 1983-85, 1995-94, 1996-98, 1999-01

Når det gjelder svarprosent i de utenlandske undersøkelsene har den finske undersøkelsen FINRISK oppnådd fremmøte på 70-80%, og den amerikanske NHANES har oppnådd 65-90%. Health Survey for England har lagt opp til to trinn i sine undersøkelser. Først et besøksintervju og etterpå besøk av sykepleier for de som ønsker det. Svarprosenten reduseres for hver måling/prøve. Fra 67% på intervju via 62% på høydemåling og 60% på vektmåling til 52% på blodtryksmåling og 40% på blodprøve (undersøkelsen i 2001). Blodtrykk og blodprøve måles/tas av sykepleier.

6.6.2 Eksempler på tiltak for å øke responsraten

Den vanligste frafallsårsaken er "ønsker ikke å delta" og det er økningen i denne som forklarer det meste av frafalløkningen de siste 20 årene. Endringer i holdninger, hvor opptatt folk er og det voksende antallet spørsmål kan også ha påvirket svarprosenten. I enhver undersøkelse er det sentralt å prøve å gjøre frafallet så lite som mulig. Arbeidsgruppen har ikke vurdert konkrete tiltak for å øke responsraten, men nedenfor refereres noen erfaringer og resultater fra andre undersøkelser.

For å forebygge frafall har SSB i levekårspanelet sitt (besøksintervju) lagt vekt på følgende³:

- intervjuerne fikk god informasjon om undersøkelsen
- informasjonsbrevet til intervjuobjektet var skreddersydd til de ulike gruppene
- alle som har spørsmål om undersøkelsen kunne ringe gratis
- det ble sendt ut en egen informasjonsbrosjyre om undersøkelsen, med mer utførlig informasjon enn det som kom fram i brevet til intervjuobjektet
- det ble laget en egen liste med forslag til argumenter intervjueren kunne bruke for å overbevise (probing) personer som i utgangspunktet ikke ønsket å være med

² For mer informasjon se SSB:

<http://www.ssb.no/vis/samfunnsspeilet/utg/200204/02/art-2002-10-08-01.html>

³ For mer informasjon se SSB:

http://www.ssb.no/emner/00/02/notat_200455/notat_200455.pdf

- alle som var trukket ut fikk tilsendt resultater fra undersøkelsen sammen med en julehilsen
- alle som svarte ble med i en trekning av i alt 21 gavekort; ett på kr 10 000 og 20 på kr 1000

En Cochrane-oppsummering fant at økonomiske insentiver og rekommandert utsending økte responsraten på postale spørreskjema mest. Responsraten økte også med andre former for premie (eks, nøkkelring), korte spørreskjema, personlige spørreskjema, bruk av farger i spørreskjemaet, informasjonsbrev, oppfølging underveis, frimerker framfor frankerte konvolutter og spørreskjema sendt som A-post. Responsen ble redusert når spørsmålene var sensitive, når spørreskjemaet begynte med generelle spørsmål og når de ble tilbudt å trekke seg fra studien.

I studien Kvinner og kreft undersøkte de hvorvidt svarprosenten ble påvirket av navn og lengde på spørreskjemaet. Svarprosenten var høyest på det tosidets skjemaet med tittelen "Kvinner og kreft" (70,2%). Det identiske spørreskjemaet med tittelen "P-piller og kreft" hadde en svarprosent på 60,7%. De to andre "Kvinner og kreft" skjemaene på 4 og 6 sider hadde svarprosent på hhv 62,8% og 63,3%. Skjemaet på fire sider med tittelen "Kvinner, livsstil og helse" hadde dårligst oppslutning med bare 57,1%. Resultatet viser at tittelen på spørreskjemaet er like viktig for svarprosenten som lengden på spørreskjemaet. <http://www.ism.uit.no/kk/n/>

I 1992 testet SSB effekten av belønning på andelen som returnerte besvarte kostholdsskjema i forberedelsene til den første nasjonale kostholdsundersøkelsen Norkost. Man brukte tre ulike måter å distribuere spørreskjema på kombinert med eller uten belønning (utlodning av tre kontantkort). Muligheten til å vinne kontantkort økte deltakerandelen fra 35 til 55 % ved rent postal distribusjon av spørreskjema, fra 65 til 70 % når intervjuer delte ut skjema kombinert med postal retur, og fra 63 til 72 % ved postal utsendelse av skjema kombinert med at intervjuer hentet skjema ved besøk.

I et samarbeid mellom Folkehelseinstituttet og Universitetet i Bergen ble spørreskjemaet "Undersøkelse om astma og allergi" sendt ut våren 2004 til personer 20-40 år for å teste svarprosenten ved postalt og elektronisk skjema. Skjemaet var på to sider. Av 2100 som bare fikk papirskjema, leverte 46% etter en purrerunde (purringen medførte økning fra 32% til 46%). Av 2100 som fikk mulighet til både internett og papir har 36% levert på papir etter purring (økte fra 26% til 36%) og 8% har levert via internett, (gikk opp fra 6% til 8% etter purring). Internettskjema var ingen suksess i å øke svarprosenten i denne undersøkelsen. SSB rapporterer imidlertid at frafall på enkeltspørsmål (partiell frafall) er langt lavere på internett enn på papirskjema. Det skyldes at man i internettskjemaet kan legge inn påminnelse om at det ikke er svart på spørsmålet.

7 Vurdering av datainnsamling framover

Av mandatet framgikk det at arbeidsgruppen skulle skissere ulike metoder og mulige løsninger for hvordan data kan samles inn. I kapittel 6.1 er åtte ulike innsamlingsmetoder skissert. Arbeidsgruppen har imidlertid ikke sett det mulig å fremme konkrete forslag til løsninger for hvordan en datainnsamling for helseovervåkingsformål bør skje i framtiden. Vi er av den oppfatning at det foreliggende dokument kan tjene som et grunnlagsdokument for videre arbeid, når helsemyndigheter, fagmiljøer og andre interessenter har bestemt hvilke indikatorer som skal prioriteres og hvilket ambisjonsnivå man skal legge seg på når det gjelder valg av målemetoder (ref. kapittel 6.5).

7.1 Behov for sentrale helseovervåkingsdata

Arbeidsgruppen har i sine diskusjoner vært opptatt av noen områder der det er et klart behov for å få samlet inn data til overvåkingsformål. Områdene nevnt nedenfor er ikke diskutert i detalj i arbeidsgruppen, men tas med for å føre diskusjonen videre.

Blodprøver og måling av risikofaktorer

Som nevnt tidligere i rapporten samles det ikke inn blodprøver i helseovervåkingsøyemed per i dag. Flere av de foreslåtte indikatorene i vedlegg 2 er det ikke mulig få data på uten å ha blodprøver. Dette gjelder blant annet:

- Kolesterol og andre lipider. Viktige risikofaktorer for hjerte- og karsykdom.
- Folat, vitamin D, jernstatus, fastende blodsukker, kotinin. Viktige risiko/beskyttende faktorer for andre tilstander.
- Immunstatus for sykdommer det vaksineres mot. Dette er nødvendig informasjon for å vurdere landets sårbarhet mot tilbakevending av disse sykdommene og for å vurdere endringer i vaksinasjonsprogrammet.

Data på disse indikatorene er ønsket og etterlyst av ulike fagmiljøer i Norge, og ansees som viktig for å følge utviklingen.

Høyde og vekt

Måling av høyde og vekt har vært en fast del av helseundersøkelsene i SHUS-regi, og det er skrevet

flere artikler om 40-åringens kroppsmasseindeks og økning av denne over tid. Det finnes per i dag ikke landsrepresentative tall for målt høyde og vekt i ulike aldersgrupper, men kun egenrapporterte data fra Levekårsundersøkelsen for personer over 16 år. Sett i lys av økende kroppsmasseindeks i befolkningen, er høyde og vekt indikatorer som bør prioriteres og følges jevnt fremover. Dette gjelder for alle aldre, fra spedbarn, barn, unge, voksne og eldre.

Kosthold og helse

I St. meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge, Folkehelsemeldingen kapittel 10.3 Spesielle satsningsområder; 10.3.1 Livsstil – kosthold og fysisk aktivitet står det: "Overvåkingen av utviklingen av kostholdsrelaterte helseproblemer og risikofaktorer bør styrkes og systematiseres. Det er behov for å utvikle biologiske markører for ernæringsstatus og inntak av nærings- og fremmedstoffer." Vi har i dag ikke nasjonale helseundersøkelser hvor man kombinerer innsamling av helsedata med relativt grundige målinger av levevaner som kost og røyking og med biologiske prøver. Dette er en svakhet det bør gjøres noe med.

Fysisk aktivitet og fysisk form

I Folkehelsemeldingen nevnt ovenfor (St. meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge) står det "Det er også mangelfull kunnskap om utviklingstrekene når det gjelder fysisk aktivitet og fysisk form i ulike grupper i befolkningen". Som en oppfølging av denne meldingen arbeider Sosial- og helsedirektoratet nå med en handlingsplan for fysisk aktivitet. Handlingsplanen skal inneholde tiltak for å styrke kunnskapen om det fysiske aktivitetsnivået i befolkningen, effekt av fysisk aktivitet på helsen, forhold som påvirker det fysiske aktivitetsnivået og hvilke tiltak som er effektive. Som et ledd i dette har Sosial- og helsedirektoratet gitt Norges idrettshøgskole i oppdrag å gjennomføre en kartlegging av det totale aktivitetsnivået og den fysiske formen hos 9- og 15-åringer i Norge (se vedlegg 1).

Det er ikke planlagt undersøkelser med objektive målinger av fysisk form og aktivitetsnivå for voksne av tilsvarende omfang som det nå er satt i gang for barn og unge. Fysisk aktivitet hos voksne ble imidlertid kartlagt av SHdir ved en spørreskjemaundersøkelse (International Physical Activity Questionnaire) i 2003.

Forekomst av diabetes

Diabetes er en sykdom som ser ut til å øke i omfang i Norge. I en artikkel av L.C. Stene m.fl.¹ juni 2004 er det foretatt en estimering av antall personer med diabetes i Norge, med utgangspunkt i data fra ni regionale helseundersøkelser og en landsdekkende kartlegging av diabetes under 30 år. Sannsynligvis har ca. 90 000 - 120 000 mennesker diagnostisert diabetes i Norge. Nesten like mange kan tenkes å ha uoppdaget diabetes. I artikkelen anbefales det at det gjøres befolkningsbaserte undersøkelser med fastende glukosemålinger og glukosetoleransetest i Norge for å kartlegge forekomst av kjent og ukjent diabetes i ulike grupper.

Psykisk helse og lidelser

Generell psykisk sykkelighet i befolkningen er rimelig godt kjent. Derimot er utbredelsen og utviklingen av spesifikke psykiske lidelser i befolkningen lite kjent. Problemstillinger som "Hvilke data om psykisk helse og lidelser bør vi overvåke regelmessig og gjøre tilgjengelig for beslutningstakere/myndigheter?" og "Hva trenger myndighetene av data for å få en bedre styring av f. eks oppfølging av Opptappingsplanen for psykisk helse?" er satt på dagsorden i både Sosial- og helsedirektoratet og i Avdeling for psykisk helse på Folkehelseinstituttet. Videre står det under satsingsområder for 2005 i St.prp 1 for Folkehelseinstituttet at det skal etableres en overvåkingsgruppe for psykiske lidelser blant barn og unge.

Oppsummering

Oppsummeringsvis kan man si at forholdet mellom levevaner og helseforhold er sammensatt, og det er derfor vanskelig å prioritere overvåking av noen risikofaktorer og helsetilstander framfor andre. Fordi kostens sammensetning, graden av fysisk aktivitet og røykevaner har meget stor betydning for forekomsten av folkehelseproblemer som hjerte- og karsykdommer, kreft, overvekt og diabetes type 2 er det viktig å overvåke hvordan disse levevanene forandres over tid og hvordan de er assosiert med helsefaktorer. Kunnskap om trender i levevaner og helse, herunder psykisk helse, er nødvendige for å kunne målrette og evaluere helsepolitikken.

¹Stene LC, Midthjell K, Jennum AK, Skeie S, Birkeland KI, Lund E, Joner G, Tell GS, Schirmer H. Hvor mange har diabetes mellitus i Norge? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1511-4.

7.2 Begrensninger ved data på nasjonalt nivå

Fokus i denne rapporten er data som bør foreligge på nasjonalt nivå. Spørsmålet om nasjonal helseovervåking også forutsetter visse data om den regionale spredningen rundt dette "landsgjennomsnittet", har det ikke vært tid til å gå inn i. Et tilfredsstillende nivå på en nasjonal indikator kan dekke over uakseptable geografiske variasjoner mellom regioner (jfr. Nord-Norge), fylker og kommunetyper (jfr. smelteverkskommuner). Mange av indikatorene som er foreslått baserer seg på data som allerede er produsert eller kan produseres på kommunenivå (f.eks. registerdata), og da kan data til en ønsket overvåking av regionale forskjeller fremskaffes noenlunde enkelt. I andre tilfeller er f.eks. antall intervjuede såvidt stort at en del regionale tall kan lages. For slike indikatorer gjenstår da i hvert enkelt tilfelle å vurdere om det (statistisk sett) forsvarlige regionale nivået er detaljert nok for de nasjonale overvåkingsbehov.

Det vil imidlertid finnes indikatorer på listen der det vanskelig kan skilles på region. Det er begrenset hvilken "drahjelp" man i så måte kan påregne fra øvrige statistikkprosjekter de nærmeste år. Når det f.eks. gjelder kommunehelseprofiler (jfr. kapittel 1.3), skal disse i første runde begrense seg til eksisterende data. Når derfor viktige folkehelsedata på kommunenivå forsvinner med SHUS-undersøkelsene (jfr. kap. 1.1), faller det regionale nivået altså litt mellom to stoler. En nærmere vurdering av det regionale perspektivet og eventuelle tiltak for å sikre nødvendige data blir en utfordring i driftsfasen av et slikt helseovervåkingsystem som foreslås i denne rapporten.

8 Områder som egner seg for samordning

Arbeidsgruppen hadde i utgangspunktet planer om å arrangere et seminar for aktuelle institusjoner som samler inn ulike data i helseundersøkelser (ref. kap. 4), bl.a. for å diskutere mulige områder som egner seg for samordning. Ut over i prosessen ble vi av den oppfatning at dette burde gjøres etter at grunnlagsdokumentet var ferdigstilt. Vi har likevel forslag til noen få områder der det kan diskuteres med involverte parter om en samordning kan være aktuelt.

8.1 Ungdomsundersøkelser

Både Folkehelseinstituttet, SHdir, NOVA, HELTEF, HEMIL og SIRUS har samlet inn helsedata om ungdom etter år 2000. De fleste av disse undersøkelsene baserer seg på undersøkelser ved skoler og i en klassesituasjon. Unntaket er SIRUS sin årlige rusundersøkelse (svarprosent under 50%). Noen av undersøkelsene fokuserer primært på ett tema slik som SHdir sine undersøkelser om ernæring og røyking. Andre omfatter flere temaområder (for eksempel: Helseadferd blant skolebarn og UNGHUBRO som omfatter både fysisk aktivitet, overvekt, spisevaner, røyking, alkoholbruk, subjektiv helse, skolemiljø, mobbing med mer). Hensiktsmessigheten og kostnadene ved at mange aktører henvender seg til samme marked om overlappende tema må vurderes i forhold til mangfoldet en slik løsning gir.

8.2 Intervjuundersøkelser (voksne)

Arbeidsgruppen har diskutert muligheten av å kombinere SSBs intervjuundersøkelser med fysiske målinger (for eksempel høyde og vekt) eller blodprøver. Her kan man tenke seg ulike modeller:

- Etter at intervjueren er ferdig med sine oppgaver blir intervjuobjektene spurt om de ønsker besøk av sykepleier (etter modell fra Health survey for England) som kan foreta blodprøver og aktuelle målinger
- Etter at intervjueren er ferdig med sine oppgaver gis intervjuobjektene informasjon om at de kan møte opp ved fast stasjon for måling av blodtrykk og prøvetaking etc.
- Etter at intervjueren er ferdig blir de gitt informasjon om at de kan gå til fastlegen sin og få målt blodtrykk/tatt prøver
- Intervjueren legger igjen utstyr slik at de kan ta prøver selv (spytt, urin etc.) som de sender inn til analyser

En kombinert undersøkelse som foreslått her har vi begrenset med erfaring fra i Norge. Dette vil kreve nærmere utredning og samarbeid mellom flere institusjoner.

9 Anbefalinger for videre arbeid

Som nevnt innledningsvis under kapittel 7 fremmer arbeidsgruppen ikke konkrete forslag til løsninger for datainnsamling for helseovervåkingsformål. Det er nå viktig at flere aktører trekkes inn i arbeidet med å utforme en "Nasjonal strategi for datainnsamling til helseovervåking".

9.1 Høringsrunde

Arbeidsgruppen foreslår at den foreliggende rapporten sendes til høring til alle institusjonene som er nevnt i forbindelse med kartleggingen av ulike helseundersøkelser (kap 4.1). I tillegg er det flere andre aktuelle institusjoner som bør delta i høringsrunden, slik som: Helsedepartementet, Sosialdepartementet, Universitetene, Norges idrettshøgskole og Regionale helseforetak. Det bør utformes et høringsbrev der det blir lagt fram konkrete spørsmål som det ønskes svar på fra høringsinstansene.

9.2 Fokusgrupper

Statistisk sentralbyrå har et planleggingsverksted hvor de tilbyr å bruke fokusgrupper og kognitiv kartlegging i utviklingen av nye spørreundersøkelser. Fokusgrupper er en serie med små møter som tar opp ett eller noen få tema i forbindelse med for eksempel planlegging av undersøkelser. Arbeidsgruppen foreslår at det i samarbeid med SSB gjennomføres fokusgrupper med tema som tar utgangspunkt i ulike datamodeller som skissert i kap 6.1. Aktuelle spørsmål kan være: Hvilke typer undersøkelser ønsker publikum å delta i? Hva slags målinger/prøver er publikum villig til å akseptere i tilknytning til en intervjuundersøkelse eventuelt i etterkant av undersøkelsen? (For eksempel knyttet til SSBs undersøkelser)

SSB vil kunne foreslå testopplegg, gjennomføring av en prøveundersøkelse og analyser av resultatene. En serie med fokusgrupper vil anslagsvis koste ca 100 000 kroner. Den prisen inkluderer planlegging, flere fokusgruppemøter og rapport.

9.3 Metodeutvikling for å sikre høy deltakelse

De fleste større helse- og levevaneundersøkelser opplever at en økende andel inviterte deltakere takker nei til å delta, og at andelen deltakere nærmer seg kritiske nivåer.

Det blir derfor en viktig oppgave å undersøke muligheter for å øke deltagelsesprosenten for å få et godt representativt bilde av levevaner og helse i befolkningen.

Nye metoder for å øke deltagelsesprosenten bør vurderes. Avdeling for ernæring ved SHdir har bedt Avdeling for ernæringsvitenskap ved UiO om å lage en prosjektbeskrivelse for testing av design som kan gi tilfredsstillende deltakelse i neste Norkost-undersøkelse. Det er også tatt et initiativ til nordisk samarbeid om metoder for å sikre høy deltakerandel. Arbeidsgruppen foreslår en ytterligere innsats på dette feltet i samarbeid med ulike miljøer.

9.4 Erfaringer fra nasjonale helseundersøkelser i andre land

Arbeidsgruppen foreslår en nærmere vurdering av hvorvidt andre lands modeller for helseundersøkelser kan være en god løsning for behovet i Norge. Det er spesielt de tre undersøkelsene som tidligere er nevnt, FINRISK, NHANES og Health Survey of England, som er aktuelle for eventuelt å avlegge et studiebesøk.

9.5 Videre arbeid - arbeidsgrupper

Det foreslås at den eksisterende arbeidsgruppen oppløses etter at rapporten er levert til styringsgruppen. Styringsgruppen bør fremme forslag til hvordan høringsrunden skal gjennomføres og hvordan det videre arbeid i forhold til fokusgrupper og metodeutvikling skal videreføres.

Styringsgruppen bør videre vurdere om det skal oppnevnes nye arbeidsgrupper på mer spesifikke områder. Eksempelvis:

Arbeidsgruppe (sammensatt fra aktuelle institusjoner)

- for å vurdere samordning av ungdomsundersøkelser (ref kap 8.1)
- for å vurdere muligheter for god overvåking av psykisk helse og psykiske lidelser (ref. kap. 7.1)
- for å vurdere en ny type helseundersøkelse av levevaner (herunder kosthold, fysisk aktivitet/form, røyking, høyde/vekt) og helse (ref. kap. 7.1 og 8.2)
- for å vurdere hvordan data fra andre store helseundersøkelser (for eksempel Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) og Mor og barn undersøkelsen) kan utnyttes til helseovervåkingsformål

Vedlegg

Vedlegg 1. Oversikt over helseundersøkelser

Navn på undersøkelsene som er inkludert:	Institusjon
HUBRO (Oslo), OPPHED (Oppland/Hedmark), TROFINN (Troms/Finmark) med mer (representerer også CONOR hvor HUSK (Hordaland) og HUNT (Nord-Trøndelag) inngår) (30, 40, 45, 60, 75 år)	Folkehelseinstituttet
Innvandrerundersøkelsen i Oslo	Folkehelseinstituttet
Ungdomsundersøkelser (Oslo, Oppland, Hedmark, Troms, Finnmark) (10.kl)	Folkehelseinstituttet
Ungdom 2004 (Oslo, 3.kl vgs.)	Folkehelseinstituttet
Helse- og levekårsundersøkelsen - Helse, omsorg og sosial kontakt (16 år+)	SSB
Levekårsundersøkelsen - Boforhold, nærmiljø, trygghet og bruk av fritid (16 år+)	SSB
Levekårsundersøkelsen - Arbeidsmiljø og barnetilsyn (16 år+)	SSB
Forbruksundersøkelsen (0-79 år)	SSB
Norkost (16-79 år)	SHdir
Ungkost (4 år, 9 år dvs. 4 kl. og 13 år dvs. 8 kl.)	SHdir
Spedkost (6 mnd, 12 mnd, 24 mnd)	SHdir
Tobakksbruksundersøkelsen (16 år+)	SHdir
Tobakksbruk i ungdomsskolen (8., 9., 10.kl)	SHdir
Fysisk aktivitet blant voksne (18-65 år)	SHdir
Planlagt: Fysisk aktivitet blant barn (9 år, 15 år)	SHdir
Ung i Norge 2002 (ungdomsskole og vgs.)	NOVA
Livsløp, aldring og generasjon (LAG) (40 år og over)	NOVA
Bruk av rusmidler i voksenbefolkningen (15 år+)	SIRUS
Bruk av rusmidler blant ungdom (15-20 år, av og til også 21-30 år)	SIRUS
ESPAD-undersøkelsen (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) (15-16 år, 10. kl.)	SIRUS
Helseprofil for barn og ungdom i Akershus – barneundersøkelsen (3. – 7. kl. i barneskolen)	HELTEF
Helseprofil for barn og ungdom i Akershus – ungdomsundersøkelsen (ungdomsskolen og vgs.)	HELTEF
Helseprofil Akershus (16-80 år)	HELTEF
Helseadferd blant skolebarn (11, 13 og 15 år)	HEMIL/UIB
Barn i Bergen (2-4.klassinger følges prospektivt). Fokus på psykisk helse	HALOS/UIB
Sesjon (19 år)	Vernepliktsverket
Health Survey of England	NATCEN
FINRISK	KTL
National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)	CDC

¹SSB – Statistisk sentralbyrå, SHdir – Sosial- og helsedirektoratet, NOVA – Norsk institutt for forskning på oppvekst, velferd og aldring, SIRUS – Statens institutt for rusmiddelforskning, HELTEF – Stiftelse for helsetjenesteforskning (nå en del av kunnskapssenteret), HEMIL – Senter for forskning på helsefremmende arbeid, miljø og livsstil, HALOS – Helse, Arbeid, Livsstil, Oppvekst, Samfunn, UIB – Universitetet i Bergen, NATCEN – National Centre for Social Research, KTL – National Public Health Institute (Finland), CDC – Center for Disease Control and Prevention

Opplysninger som er tatt med om den enkelte undersøkelse:

- **Oppdragsgiver:**
(finansieringskilde, hvem lager spørreskjema)
- **Databehandler:**
- **Formål:**
- **Utvalg og representativitet:**
Trekkegrunnlag, antall, svarprosent, aldersgrupper/kjønn/etnisitet, personidentifiserbare data
- **Datainnsamlingsmetode:**
HIS (health interview survey), HES (health examination survey)
Spørreskjema postalt/intervju (personlig, telefon, internett)?
Personlig frammøte/hjemmebesøk?
Undersøkelsens omfang - antall sider spørreskjema og evt. skjematid (brukes av SSB)
Purringer (antall ganger)
Belønning for deltakelse
Beskrivelse av koblinger som er gjort
- **Innhold i spørreskjema/intervju:**
Tema, instrumenter (eks SF-36, HSCL-10)
Helse spørsmål
- **Målinger**
- **Blodtrykk/høyde/vekt:**
- **Biologisk materiale:**
Blodprøver/munnhuleprøve/urinprøve/halspensel
Hva er analysert i det biologiske materialet
- **Gjennomførte undersøkelser siste 10 år:**
hyppighet/siste undersøkelse
- **Planlagte undersøkelser:**
- **Internasjonalt samarbeid/forpliktelser:**
- **Kommentarer:**

Nasjonalt folkehelseinstitutt (Folkehelseinstituttet)

HUBRO
(voksne og eldre),
eksempel på undersøkelse
som inngår i CONOR
(Cohort of Norway)

Oppdragsgiver:

Folkehelseinstituttet (Statens helseundersøkelser), Universitetet i Oslo og Oslo kommune

Databehandler:

Folkehelseinstituttet (Statens helseundersøkelser)

Formål:

- Få ny kunnskap om utbredelse av sykdommer og helserelaterte forhold
- Skaffe oversikt over helsetilstanden i befolkningen (utvikling/trendutvikling lokalt, regionalt og nasjonalt)
- Skaffe bedre plangrunnlag for helsetjenesten
- Redusere risiko for sykdom og oppdage sykdom i tidlig stadium

Utvalg og representativitet:

Alle personer (hele årskull) født i 1924, 1925, 1940, 1941, 1955, 1960 og 1970 som var bosatt i Oslo i 2000 fikk invitasjon i posten. Det inkluderer også alle personer med annen etnisk bakgrunn enn norsk. (I tillegg ble to årskull 1954 og 1969 innkalt. Disse ble ikke purret som de andre og frammøte var lavt)

Det endelig fremmøtet for helseundersøkelsen 2002 ble på 46 prosent, det vil si at drøyt 18 000 av de om lag 40 000 inviterte valgte å delta. Fremmøtet for personer født i Norge og personer født utenlands ble noe forskjellig. Blant personer med fødeland Norge deltok 47 prosent av de inviterte, blant innvandrere fra vestlige land deltok 42 prosent og blant innvandrere fra ikke-vestlige land 39 prosent. Skiller vi på kjønn, ser vi at kvinnene, særlig de middelaldrende, har vært flinkest til å delta. Fremmøtet ble 42 prosent for menn og 49 prosent for kvinner. Fremmøtet mellom bydelene varierte også, best ble Nordstrand, Manglerud og Østensjø med 54 prosent, mens Sagene-Torshov, Grünerløkka-Sofienberg og Uranienborg-Majorstuen ble dårligst med 39 prosent.

Data er personidentifiserende (personnummer).

Datainnsamlingsmetode:

En standard helseundersøkelse hvor alle personer i visse utvalgte aldersgrupper ble invitert til en helseundersøkelse. Ved fremmøte fikk deltakerne målt blodtrykk, puls, høyde, vekt, hofte- og livvidde og det ble tatt blodprøve. I tillegg fylte deltakerne ut i alt 3 spørreskjemaer.

Det ble sendt ut inntil 2 purringer.

Det ble gitt ett gavekort på 2000 kr i hver bydel og ett gavekort på 5000 kr til én i den bydel med høyest fremmøte. I tillegg fikk alle deltakerne svarbrev med sine egne resultater.

Det er foretatt kobling mot data i SSB (utdanning, inntekt og noen trygdeytelser) for å kunne gjennomføre en frafallsanalyse. Ett tilleggsprosjekt har fått koblet mot diverse sosiodemografiske variable i SSB.

Innhold i spørreskjema/intervju:

Deltakerne har fylt ut 3 spørreskjemaer. De eldste, det vil si personer født i 1924 og 1925 har fylt ut en egen versjon av dette skjemaet - kalt eldre-skjemaet. I tillegg har alle fylt ut et hovedtilleggsskjema og et skjema som dekker spørsmål knyttet til tilleggsundersøkelsene (Tilleggsskjema I - IV).

Innhold i hovedskjema og eldreskjema (*-angir at spørsmålene avviker noe i de to spørreskjemaene):

	Hovedskjema	Eldreskjema
Vurdering av egen helse*	x	x
Muskel/skjelettplager*	x	x
Andre plager	x	x
Bruk av helsetjenester*	x	x
Oppvekst og tilhørighet	x	x
Vekt ved 25 års alder	x	x
Mat og drikke*	x	x
Røyking	x	x
Utdanning	x	x
Arbeid	x	
Mosjon og fysisk aktivitet*	x	x
Familie og venner*	x	x
Sykdom i familien (angina/hjerteinfarkt)	x	x (+demens)
Medisinbruk*	x	x
Kvinnesp. (menarke, menop., hormonbruk)*	x	x
Hukommelse		x
Tenner		x
Funksjon og trygghet		x

Innhold i hovedtilleggsskjema:

Skolegang og studier

Lokalmiljø/nettverk og bolig

Vaner (røyk, alkohol, mat, ekstra lett lettmeik)

Sykdom i familien (astma, kreft, diabetes, hj.slag, hj.blødning)

Egen helse

Livshendelser og problemer

Legetjenester

Innvandrer (språkkunnskap, innvandringsårsak, innvandringsår med mer)

Kvinnespørsmål (bekkenløsning, antall barn født)

Målinger

Blodtrykk

Puls

Høyde

Vekt

Arm-mål

Mansjettstørrelse

Omkrets midje

Omkrets hofte

Biologisk materiale:

Blodprøver analysert for:

Kolesterol

Triglyserider

Glukose

Flere av tilleggsundersøkelsene har egne analyser.

	<p>Gjennomførte undersøkelser siste 10 år: Undersøkelsen ble gjennomført fra mai 2000 til september 2001.</p> <p>Planlagte undersøkelser: Ingen nye undersøkelser av denne type er planlagt i Oslo.</p> <p>Kommentarer: Det er gjennomført helseundersøkelser etter "HUBRO-mal" i Oppland, Hedmark, Troms og Finnmark (http://www.fhi.no/eway/default0.asp?pid=223&oid=0&te=0&trg=MainArea_4320&MainArea_4320=4498:0:15,1213:1:0:0:4320;4349:::0:0:0)</p> <p>Helseprofil for Oslo (voksne og eldre): http://www.fhi.no/davx/tema/helseundersokelse/pdf/hesleprofil_voksne.pdf http://www.fhi.no/davx/tema/helseundersokelse/pdf/helseprofil_eldre.pdf</p>
Innvandrerundersøkelsen	<p>Oppdragsgiver: Folkehelseinstituttet (Statens helseundersøkelser), Universitetet i Oslo og Oslo kommune</p> <p>Databehandler: Folkehelseinstituttet (Statens helseundersøkelser)</p> <p>Formål: Kartlegge helsetilstanden til innvandrerne og finne ut mer om årsakene til problemene slik at helsemyndighetene får et grunnlag til å sette i gang relevant tiltak.</p> <p>Innvandrerundersøkelsen tar for seg helse i et bredere perspektiv, men fokuserer på de store folkesykdommene diabetes og hjerte- og karsykdommer.</p> <p>Et annet tema er trivsel. Det spørres om innvandrerne mener de har hatt problemer med å skaffe seg bolig eller arbeid fordi de ikke er "norske", om de er fornøyd med helsetjenesten og om de for eksempel opplever språkproblemer når de er til legekonsultasjon. I tillegg er det spørsmål om sosialt nettverk, oppvekst og tilhørighet.</p> <p>Utvalg og representativitet: Personer fra fem av de største innvandrergruppene i Oslo, det vil personer født i Iran, Pakistan, Sri Lanka, Tyrkia og Vietnam, fikk invitasjon til å delta. Totalt ble 12000 personer i alderen 20-60 år invitert. 3700 av disse møtte. Totalt møtte 38 prosent av de inviterte frem (omtrent det samme som fremmøtet blant ikke-vestlige innvandrere i hoveddelen av Helseundersøkelsen i Oslo), fremmøtet varierte relativt mye mellom de ulike innvandrergruppene.</p> <p>På grunn av dårligere fremmøte enn forventet i første invitasjonsrunde (våren 2002), ble det kjørt en ny runde på høsten samme år. Fremmøtetallene ovenfor gjelder for det totale fremmøtet etter første og andre runde. Fremmøtet etter første runde var på 27 prosent. De yngste årskullene (personer født 1972-1982) ble ikke invitert til å delta i den andre runden.</p> <p>Datainnsamlingsmetode: De inviterte fikk tilsendt invitasjonsbrev, brosjyre og spørreskjema på både norsk og det språket som blir brukt i det landet de er født i.</p>

	<p>Etter helsesjekken fikk deltakerne tilsendt et svarbrev hvor det stod hvordan vedkommende ligger an i forhold til disse sykdommene. I svarbrevet fikk deltakeren oppgitt sitt kolesterol, blodtrykk, blodsukker og kroppsmasseindeks. Hvis det var mistanke om at en person kunne ha diabetes, fikk han eller hun tilbud om ny og fastende blodprøve.</p> <p>Innhold i spørreskjema/intervju: Det ble brukt samme hovedskjema som i Helseundersøkelsen i Oslo. Det ble laget et eget tilleggsskjema til innvandrersundersøkelsen som kun ble oversatt til engelsk. Tema for tilleggsskjema: Egen helse, kosthold, sykdom i familien, legetjenester, livshendelser og problemer, lokalmiljø/nettverk/bolig, innvandrere i Norge, fysisk aktivitet, antall barn.</p> <p>Målinger Samme som HUBRO, + HBA_{1c}</p> <p>Biologisk materiale: Samme som HUBRO. Noen ekstra tilleggsundersøkelser.</p> <p>Gjennomførte undersøkelser siste 10 år: Undersøkelsen ble gjennomført i 2002.</p> <p>Planlagte undersøkelser: Det er ikke planlagt en ny helseundersøkelse som denne blant innvandrere.</p> <p>Kommentarer: Det inngår også flere tilleggsundersøkelser i innvandrerdelen av Helseundersøkelsen i Oslo. Noen av tilleggsundersøkelsene omfatter alle deltakerne i helseundersøkelsen, mens andre gjelder bare for spesielle utvalg.</p>
<p>Ung-HUBRO (tilsvarende undersøkelser også i Hedmark, Oppland, Nordland, Troms og Finnmark)</p>	<p>Oppdragsgiver: Folkehelseinstituttet (Statens helseundersøkelser), Universitetet i Oslo og Oslo kommune</p> <p>Databehandler: Folkehelseinstituttet (Statens helseundersøkelser)</p> <p>Formål: Helseundersøkelsen skal brukes til å finne ut hva som er viktig for ungdommens helse og trivsel, både i Oslo sett under ett og i de ulike regionene innen byen. Sentrale spørsmål til ungdommene er: Hvordan har du det? Hvordan er helsa di for tida? Hvordan synes du det er å være ungdom i Oslo?</p> <p>Resultatene skal brukes til å planlegge en bedre helsetjeneste, og til å finne ut mer om årsaker til sykdom.</p> <p>Utvalg og representativitet: Alle ungdommer i Oslo som gikk i 10. klasse i grunnskolen ble invitert til å delta. Totalt deltok 7343 ungdommer, det vil si at 88 prosent av de aktuelle ungdommene var med (etter purring). 24% av ungdommene hadde minoritetsbakgrunn (dvs. at mor er født i utlandet). Dataene er personidentifiserende ved personnummer.</p>

Datainnsamlingsmetode:

Undersøkelsen består av spørreskjema og ikke noen helsesjekk. Spørreskjema besto av et hovedskjema og et tilleggsskjema (totalt 8 sider) og ble fylt ut i en dobbelt skoletime. De som ikke var tilstede på skolen når undersøkelsen fant sted eller av andre grunner ikke deltok, fikk tilsendt spørreskjema i posten.

Det ble ikke gitt noen form for belønning for deltakelse, men skolen fikk tilsendt en folder med noen resultater til utdeling på skolen.

Koblinger:

Koblet mot mor og fars: inntekt, utlignet skatt, høyeste utdanning. Det er søkt om konsesjon for kobling mot MFR. Et tilleggsprosjekt har koblet mot foreldrenes botid i Norge.

Innhold i spørreskjema/intervju:

Ungdommene i Oslo har fylt ut et hovedskjema og et tilleggsskjema. Hovedskjemaet er delt inn i 12 temaer og tilleggsskjemaet i 10. Hovedsakelig spørres det om de har hatt bestemte sykdommer, plager, om de er enige/uenige i bestemte utsagn, hvor ofte de bruker å gjøre bestemte ting, hvor ofte de spiser/drikker ulike produkter osv.

Her følger en stikkordsversikt over både hoved- og tilleggsskjema.

Hovedskjema*1. Egen helse*

Spørsmål om bl.a. astma, allergi, eksem, diabetes, ørebetennelse, psykiske plager, alvorlig skader, nedsatt syn/hørsel, spørsmål om smerter i hode, armer/ben, skulder-/nakke-/rygg og mageplager, om smertene har ført til skolefravær eller redusert aktivitet i fritiden.

2. Tannhelse

Spørsmål om tannverk, hull, tannpuss.

3. Mosjon og fysisk aktivitet

Spørsmål om hvor ofte de trener, driver med konkurranseidrett, bruker skog og mark. Hvor mange timer tilbringes foran TV, video, PC. Bruker de skoleskys eller beina/sykkel til skolen?

4. Røyking, rusmidler og dop

Spørsmål om røyking, snus, alkohol og dopingmidler (ikke narkotika, men "sportsdoping").

5. Mat, drikke og spisevaner

Spørsmål om hvor ofte de spiser, frukt, bær, ost, grønnsaker, ost, fisk, sjokolade, potetgull. Drikke: H-melk, lettmelk, brus, juice, vann. Hvor mye penger i uka bruker de på godteri, fast food/gatekjøkkenmat og brus? Bruker de kosttilskudd, tran etc.? Spørsmål om høyde og vekt, er de fornøyd med vekta, eventuelt hvor de mye ville ønsket å ha veid? Spørsmål om slanking, spiseforstyrrelser, eventuelt på hvilken måte har de prøvd å slanke seg.

6. Påkjenninger og mestrings

Spørsmål om de har følt seg redde, nedtrykte/triste, oppjaget, følelse av håpløshet, søvnproblemer. Føler de at de klarer å takle utfordringer/motgang? Har de det siste året opplevd alvorlig sykdom eller dødsfall hos seg selv eller noen som står dem nær? Føler de stort arbeidspress på skolen, konsentrasjonsvansker? Har de opplevd mobbing på skole? Spørsmål om lese- og skrivevansker.

7. Bruk av helsetjenester

Har de det siste året benyttet seg av vanlige lege, helsestasjon for ungdom, alternativ behandling, PP-tjenesten, psykolog eller andre helsetjenester? Sykehusinnleggelse og bruk av legevakt.

8. Utdanning og utdanningsplaner

Hva slags utdanning har de lyst til å ta? Hvordan er karakterene? Har de lønnet arbeid ved siden av skolen? Hvor mye egne penger brukte de siste uke.

9. Oppvekst og tilhørighet

Spørsmål om bosted, hvor ofte har de flyttet, om foreldrene er gift, skilt, døde. Jobber foreldrene, hvis ja med hva da.

10. Forholdet til familie og venner

Spørsmål om hvem de bor sammen med, antall søsken. Føler de seg knyttet til familien, vet foreldrene hva ungdommen gjør på fritida, føler de seg knyttet til vennene sine, vil de kunne få hjelp av vennene sine hvis de trenger det. Spørsmål om de er blitt utsatt for vold av andre ungdommer eller voksne.

11. Seksuelle adferd og prevensjon

Spørsmål om eventuelt seksuell debutalder, bruk av prevensjon, graviditet.

12. Bruk av medisiner

Spørsmål om bruk av en rekke medisiner mot bl.a. mot astma, smerter, depresjon, søvnløshet.

Spørsmål til jentene

Spørsmål om menstruasjon og prevensjon.

*Tilleggsskjemaet**1. Sterke og svake sider*

En hel rekke spørsmål om hvordan de selv mener de har det, hvordan de takler livets små og store utfordringer. For eksempel: Opptatt av å være hyggelige mot andre, ofte lei seg, føler seg presset, kommer de godt overens med omgivelsene, har de bekymringer, blir de ertet, blir lett usikker, innstilt på å dele ting med andre, føler de seg godt likt? Hvis de har problemer - hvor lenge har de vart?

2. Bekymringer og problemer

Har de hatt noen problemer det siste året, for eksempel økonomiske, psykiske, konflikter med foreldre, venner, rusproblemer?

3. Skolesituasjonen

Spørsmål om hvordan de trives på skolen, mobbing/tilhørighet, om de er fornøyd med hjelpen de får av lærerne, er skolearbeidet interessant, er det stressende, er det viktig å gjøre det bra på skolen?

4. Forholdet til familien

Spørsmål om krangling i familien, fordeling av penger, om det å leve opp til forventningene familien har, tilfredsstillende familiens behov eller egne behov?

5. Kultur og kontakt

Spørsmål om hvordan det er å ha kontakt med folk fra forskjellige kulturer. For eksempel om etnisk norsk ungdom og ungdom med minoritetsbakgrunn har kontakt på fritida? Vil minoritetsungdom leve som etnisk norsk ungdom? Er det vanskelig for minoritetsungdom å ha norsk livsstil? Ser minoritetsungdom på seg selv som norske eller som pakistanske/vietnamesiske osv? Har noen blitt fornærmet, truet eller angrepet på grunn av sin kulturelle bakgrunn? Føler ungdommene seg akseptert av folk fra andre kulturer?

6. Krigsopplevelser

Har ungdommene og/eller deres foreldre opplevd krig på nært hold?

7. Sorg

Spørsmål om de har opplevd sorg som har betydning for helsa. Hva har forårsaket sorgen, har de fått profesjonell hjelp og/eller medisiner på resept?

8. Tannhelse

Tannhelse spørsmålene her fokuserer på engstelse ved tannlegebesøk (tannlegeskrekk). Hva føler ungdommene dagen før tannlegebesøket, følelsen når de sitter i tannlegestolen, osv.

9. Forebygging av skade

En rekke spørsmål om sikkerhetstiltak i forhold til sportsaktiviteter og bilkjøring, for eksempel bilbelte, hjelm, kne-/albuebeskyttere.

10. Fysisk aktivitet

Mange spørsmål om de driver med ulike typer idretter - og i så fall hvor ofte de trener.

Målinger

Ingen

Biologisk materiale:

Nei

Gjennomførte undersøkelser siste 10 år:

UNGHUBRO ble gjennomført skoleåret 1999–2000 og skoleåret 2000–2001.

Planlagte undersøkelser:

Ikke planlagt ny helseundersøkelse. En del av ungdommen som deltok i UNGHUBRO, ble også invitert til å delta i Ungdom 2004 (les mer om det nedenfor).

Kommentarer:

Resultatene fra undersøkelsen publiseres hovedsakelig i vitenskapelige artikler, men noen resultater er også gjengitt i en helseprofil over osloundgom.
http://www.fhi.no/davx/tema/helseundersokelse/pdf/helseprofil_unge.pdf

Les mer om ungdomsundersøkelsene:

http://www.fhi.no/eway/default.asp?pid=223&toid=0&te=0&trg=ContentArea_4498&MainArea_4320=4498:0:15,2687:1:0:0:4320;4349;;;0:0:0&ContentArea_4498=4504:0:15,1873:1:0:0:4320;4498;;;0:0:0

**Ungdomsundersøkelsen
2004****Oppdragsgiver:**

Folkehelseinstituttet og Universitetet i Oslo.

Databehandler:

Folkehelseinstituttet

Formål:

Fremskaffe longitudinelle data fra ungdom i Oslo og Hedmark (oppfølging av elevene som deltok i UNGHUBRO II og ungdomsundersøkelsen i Hedmark), samt skaffe til veie gode tverrsnittsdata fra ungdommer i VK2. klasser (18-19 åringer) i videregående skoler i Oslo.

Utvalg og representativitet:

I Oslo: Alle som deltok i UNGHUBRO i 2001 og de som gikk i 3.videregående/VK2. våren 2004 -selv om de ikke deltok i 2001 fikk invitasjon til å delta.
I Hedmark: Alle som deltok i ungHedmark i 2001 fikk invitasjon til å delta.

Den forløpige svarprosenten på skoleundersøkelsen er 85. Registreringen for de postale undersøkelsene er ikke fullført. Endelig oppslutning om undersøkelsen vil være klar i løpet av høsten 2004.

Datainnsamlingsmetode:

Undersøkelsen består av et spørreskjema og to børsteprøver fra munnslimhinnen. Undersøkelsen er gjennomført som en skoleundersøkelse og ved postal utsending. Skoleundersøkelsen ble gjennomført på en time. De vi ikke fikk tak i på skolen fikk tilsendt spørreskjema hjem til folkeregistrert adresse. Ungdom som i 2001 deltok i UNGHUBRO, men som vi ikke traff i skolen fikk undersøkelsen per post. Det gjorde også deltakerne fra ungdomsundersøkelsen i Hedmark.

Det ble trukket tre deltakerpremier à 15 000 kr.

(Dataene er personidentifiserende ved personnummer.)

Den innsamlede dataen vil bli koblet mot UNHGUBO og ungdomsundersøkelsen i Hedmark. Det er søkt om konsesjon for kobling mot MFR.

Innhold i spørreskjema/intervju:

Spørreskjemat inneholder mange av de samme spørsmålene som ble brukt i UNGHUBO og ungdomsundersøkelsen i Hedmark – men det var et utvidet fokus på fysisk aktivitet, psykisk helse, adferdsproblemer, lese og skrivevansker – samt at det er inkludert spørsmål om hudplager.

Målinger

Ingen

Biologisk materiale:

Børsteprøver fra munnslimhinnen, for analyser på DNA

Gjennomførte undersøkelser siste 10 år:

Undersøkelsen ble gjennomført våren 2004.

Planlagte undersøkelser:

Ikke planlagt nye helseundersøkelser blant ungdom.

Kommentarer:

Statistisk sentralbyrå (SSB)

Samordnet levekårsundersøkelse. Helse, omsorg og sosial kontakt

"Helse- og levekårsundersøkelsen"

Oppdragsgiver:

Statistisk sentralbyrå

Databehandler:

Statistisk sentralbyrå

Formål:

Det er to hovedformål levekårsundersøkelsens tverrsnittsundersøkelse tar sikte på å tilfredsstille. Den skal for det første gjøre det mulig å belyse hovedtrekkene ved alle sider av befolkningens levekår og hvordan levekårene fordeler seg i befolkningen. For det andre skal levekårsundersøkelsen gjøre det mulig å belyse utviklingen i befolkningens levekår, både utviklingen i levekårenes nivå og fordelingen av levekår. Tverrsnittsundersøkelsen vil over en 3-årsperiode dekke alle viktige levekårsområder. Helse- og levekårsundersøkelsen inngår i den offisielle statistikken om helsetilstand og bruk av helsetjenester.

Utvalg og representativitet:

Denne undersøkelsen har den hjemmeboende befolkningen 16 år og over som univers. Helseundersøkelsene omfattet alle aldersgrupper fram til 1998, etter det ble utvalget trukket blant befolkningen 16 år og over.

Både ved 1998 og 2002-undersøkelsen ble det trukket to utvalg av 5 000 (SSBs ordinære hovedutvalg+ tilleggsutvalg). Hovedutvalget er trukket for besøksintervjuing og SSBs to-trinns utvalgsplan ble benyttet. Utvalgsområdene er kommuner eller grupper av kommuner. Kommuner med mer enn 30 000 innbyggere og en del kommuner med mellom 25 000 og 30 000 innbyggere er tatt ut som egne strata. De andre utvalgsområdene er stratifisert innen hvert fylke etter næringsstruktur, bosettingstetthet, sentralitet, pendlings- og handlemønstre, mediadekning og kommunikasjoner. I andre trinn blir utvalget av 5 000 personer trukket tilfeldig fra de 109 utvalgsområdene. Trekkingen på andre trinn foregår slik at utvalget er selveiene når begge trinn ses under ett.

Opplysninger om barn og unge er ikke hentet inn etter 1995. Da ble det innhentet opplysninger om i underkant av 1 000 barn i alderen 0-6 år og 1 150 barn i alderen 7-15 år. Til 1995-undersøkelsen ble det også trukket et tilleggsutvalg på 1 000 personer 80 år og over. Ved en omdisponering av dagens undersøkelser kan enkelte aldersgrupper (f.eks. 5-9 år eller 10-15 år) inngå. Barneutvalget vil da bestå av barn av intervjupersonene som er trukket ut til den ordinære undersøkelsen.

Tilleggsutvalget (5 000 personer) ble i 1998 og i 2002 finansiert ved Helsedepartementet og er trukket for telefonintervjuing. Utvalget er trukket systematisk tilfeldig fra alle landets kommuner.

Frafall: I 1998 og i 2002 var det hhv. 27 og 30 prosent av intervjupersonene som ikke kunne eller ikke ville delta i intervjuundersøkelsen. Det er et noe høyere frafall blant eldre og blant personer bosatt i Østlandsområdet.

I den postale undersøkelsen som ble sendt hele bruttoutvalget (hoved- og tilleggsutvalg, 10 000 personer), uavhengig av om de hadde gjennomført intervju eller ikke, var frafallet på 28 prosent i 1998 og 36 prosent av bruttoutvalget i 2002. Menn var noe underrepresentert og kvinner noe overrepresentert. Det var

noe høyere frafall blant de yngste 16-24 og blant de eldste 80 år +. Likeledes var personer fra det sentrale Østlandsområdet noe underrepresentert i netto-utvalget, mens personer fra Agder og Rogaland var overrepresentert i 2002.

De fleste tall publiseres på nasjonalt nivå, men det gis tall for landsdeler og type bostedsstrøk. Flere årganger av undersøkelser kan kobles sammen for å øke utvalg og muligheter for å bryte dataene ned på mindre geografiske områder (fylker).

Datainnsamlingsmetode:

Innsamlingshjemmel: Frivillig

Datainnsamlingen ble gjennomført som kombinasjon av besøksintervju, telefonintervju og postalt skjema. Alle intervjupersoner som er trukket ut til å delta i undersøkelsen mottar et informasjonsbrev og en brosjyre om undersøkelsen i forkant slik at de er orientert om undersøkelsesopplegg, tematikk og personvern når intervjuene tar til.

I hovedutvalget er intervjuene i hovedsak gjennomført som besøksintervjuer i intervjupersonenes hjem. I 2002 var andelen besøksintervju 43 prosent. Høyest andel besøksintervjuer var det blant eldre 80 år og eldre, og lavest blant 16-24-åringene. Forskjellen mellom menn og kvinner er liten. I tilleggsutvalget gjennomføres det kun telefonintervjuer. I 2002 var imidlertid 1,1 prosent av disse intervjuene besøksintervjuer. Intervjuene foregikk i perioden 1. oktober 2002 til 21. februar 2003. Datainnsamlingen var PC-basert. Intervjutiden var i gjennomsnitt 33 minutter for hovedutvalget og 25 minutter for tilleggsutvalget.

Alle som er trukket ut til å delta i undersøkelsen (bruttoutvalget), uavhengig om de har gjennomført personlig intervju eller ikke, mottar et spørreskjema som skal returneres postalt. Denne datainnsamlingen foregikk i perioden 15. november 2002 til 15. mai 2003. Skjemaet omfatter spørsmål om psykisk- og fysisk helse (sf-36) og alkoholbruk. Det ble purret to ganger.

Registerkoblinger: Det blir koblet opplysninger fra Statistisk sentralbyrås registerbaserte utdanningsstatistikk, skatte- og inntektsstatistikk, samt registre i Arbeidsdirektoratet, Rikstrygdeverket og Det sentrale folkeregisteret. Dette gjelder opplysninger om utdanning, inntekt, formue, trygder, stønader og arbeidsforhold. Retningslinjene for registerkoblinger bygger på SSB's rammekonsesjon for personregistre gitt av Datatilsynet, samt Statistikkloven. Ved kobling mot registre blir det brukt kryptering, som betyr at det på den koblede datafilen ikke er mulig å identifisere den personen som har gitt opplysningene. Det ble presisert overfor intervjupersonene at det skal foretas koblinger. Dette skjer kun etter samtykke.

Innhold i spørreskjema/intervju:

Undersøkelsene omfatter blant annet temaene helsetilstand, sykkelighet (sykdomsutsagn kodes med ICD-kodeverket), konsekvenser av sykdom, funksjonsevne, omsorg, levevaner og bruk av helse- og omsorgstjenester. Opplegget er fleksibelt. En fast kjerne av spørsmål kjøres hver gang. Utover dette gis temaene nevnt over ulik vekt ved ulike undersøkelser. Kjente måleinstrumenter som inngår i undersøkelsen er HSCL-25 (Hopkins Symptom Check List) og MOS SF-36 (Short Form).

Målinger

Ingen.

	<p>Biologisk materiale: Intet.</p> <p>Gjennomførte undersøkelser siste 10 år: Helse har vært hovedtema for Tamaroterende levekårsundersøkelsene i henholdsvis 1998 og i 2002.</p> <p>Planlagte undersøkelser: Neste helse- og levekårsundersøkelse er under planlegging og vil gå høsten 2005.</p> <p>Internasjonalt samarbeid/forpliktelser: Ingen EU-regulering. Statistisk sentralbyrå deltar i en arbeidsgruppe i Eurostat for utvikling av komparative mål med utgangspunkt i intervjudata om helsetilstand, funksjonsevne, levevaner og bruk av helsetjenester (HIS/HES). Vi leverer data på 18 indikatorer. Siste forsendelse var juni 2004.</p> <p>Kommentarer: Tabeller, annet analysemateriale og dokumentasjonsrapport fra den siste undersøkelsen, og fra tidligere undersøkelser, finnes tilgjengelig på Statistisk sentralbyrås hjemmesider www.ssb.no/helseforhold og i statistikkbanken. www.ssb.no/emner/00/02/levekaar/notat_9940/notat_9940.pdf www.ssb.no/emner/00/02/notat_200422/notat_200422.pdf</p>
<p>Samordnet levekårsundersøkelse. Boforhold, nærmiljø, trygghet og bruk av fritid</p> <p>"Boforholdsundersøkelsen"</p>	<p>Oppdragsgiver: Statistisk sentralbyrå</p> <p>Databehandler: Statistisk sentralbyrå</p> <p>Formål: Det er to hovedformål levekårsundersøkelsens tverrsnittsundersøkelse tar sikte på å tilfredsstille. Den skal for det første gjøre det mulig å belyse hovedtrekkene ved alle sider av befolkningens levekår og hvordan levekårene fordeler seg i befolkningen. For det andre skal levekårsundersøkelsen gjøre det mulig å belyse utviklingen i befolkningens levekår, både utviklingen i levekårenes nivå og fordelingen av levekår. Tverrsnittsundersøkelsen vil over en 3-årsperiode dekke alle viktige levekårsområder</p> <p>Opplysninger om boforhold får en også fra Folke- og boligtellingsene. Disse gir mulighet for en vesentlig mer detaljert geografisk oppsplitting. Levekårsundersøkelsen om boforhold i 2001 hentet også enkelte opplysninger fra Folke- og bolig tellingen i 2001. Forbruksundersøkelsen samler også inn opplysninger om boforhold. Den gir bl.a. en mer fullstendig oversikt over alle typer boutgifter.</p> <p>Utvalg og representativitet: Til denne undersøkelsen blir det trukket 5 000 personer i alderen 16 år og over som ikke bor på institusjon (levkårsutvalget). Undersøkelsen lagt opp slik at eksterne oppdragsgivere kan kjøpe intervjudtid. Dette betyr i praksis at undersøkelsen er samkjørt med Statistisk sentralbyrås omnibusundersøkelse nr. 3.</p> <p>Levekårsutvalget trekkes i to trinn med utgangspunkt i Statistisk sentralbyrås standard utvalgsplan. Denne er nærmere beskrevet under Helse- og levekårsundersøkelsen.</p>

Fra levekårsutvalget på 5 000 personer er det trukket et omnibusutvalg på 2 000 personer (16–79 år). En del oppdragsspørsmål går kun til dette utvalget.

Ved undersøkelsen i 1997 mottok 1 250 personer (16–79 år) trukket fra omnibusutvalget (se over) et papirskjema med spørsmål om kosthold og ernæring (som en del av kostholdsundersøkelsen 1997 – se for øvrig Kostholdsundersøkelsen 1997; oppdragsgiver Statens ernæringsråd). Det øvrige utvalget (under 80 år) mottok postskjema om fritidsbruk og barn født i perioden 1982–1991 av intervjupersonene i dette utvalget mottok skjemaet om fritidsbruk. Til sammen utgjorde dette vel 600 barn. I levekårsutvalget fra 1997 var det 31 prosent frafall. Det var en viss overrepresentasjon av personer i alderen 25–44 år og en underrepresentasjon av personer 67 år og eldre. Fordelt på landsdel er det en overrepresentasjon av personer fra Trøndelag, ellers er det rimelig godt samsvar mellom netto og brutto utvalg. I omnibusutvalget (16–79 år) 1997 var det 32 prosent frafall. I utvalget som mottok papirskjema om fritidsbruk var frafallet 29 prosent, mens det i barneutvalget var et frafall på vel 40 prosent. I fritidsutvalget er det en viss overrepresentasjon av aldersgruppa 25–44 år og underrepresentasjon av aldersgruppa 67–79. Skjevhetene har i hovedsak oppstått i frafallet til levekårsintervjuet. Fordelt på landsdel har frafallet ført til en viss underrepresentasjon av Oslo og Akershus og en overrepresentasjon av Trøndelag. Skjevhetene gir ikke grunnlag for å vekte resultatene.

Ved 2001-undersøkelsen, ble det ut av det tradisjonelle levekårsutvalget på 5 000 personer 16 år +, trukket et utvalg på 2 000 personer (16–79 år) til omnibus. I tillegg til hovedutvalget ble det trukket et tilleggsutvalg på 2 000 personer i alderen 18–79 år fra Oslo og Akershus. Det var 33 prosent frafall på levekårsutvalget og 34 prosent frafall på omnibussen og 38 prosent frafall på det postale skjemaet. Tilleggsutvalget for Oslo og Akershus hadde et frafall på 38 prosent. Avvikene i denne undersøkelsen er relativt små, og vil i de fleste sammenhenger ikke ha betydning for resultatet. For det postale tillegget er fordelingen mellom netto- og bruttoutvalg noe annerledes. Her er aldersgruppen 45–66 år overrepresentert, og det samme gjelder til en viss grad Oslo og Akershus. Den yngste aldersgruppen er noe underrepresentert. Når det gjelder tilleggsutvalget, er det en del forskjeller. Kvinner er overrepresentert, det samme gjelder personer i alderen 45–66 år.

De fleste tall publiseres på nasjonalt nivå, men det gis tall for landsdeler og bostedsstrøk. Flere årganger av undersøkelser kan kobles sammen for å øke utvalg og muligheter for å bryte dataene ned på mindre geografiske områder (eks. fylke).

Datainnsamlingsmetode:

Innsamlingshjemmel: frivillig. Dataene samles i høst/vinterhalvåret. Undersøkelsen ble gjennomført ved kombinasjon av besøksintervju, telefonintervju og bruk av postale spørreskjema. I levekårsutvalget 1997 er 67 prosent av intervjuene besøksintervju, mens resten ble utført per telefon. I omnibusutvalget var hhv. 50 prosent besøk/telefon. Størsteparten av undersøkelsen i 1997 foregikk vha. bærbare pc'er (Computer Assisted Personal Interview, CAPI). Gjennomsnittlig intervjutid i 1997 var 60 minutter. Det vil imidlertid være variasjoner i intervjutid avhengig av intervjupersonens situasjon og om intervjupersonen er med i omnibusutvalget.

Ved 2001-undersøkelsen ble mesteparten av intervjuene (77 prosent) tatt over telefon på grunn av stor arbeidsmengde blant intervjuerne. Intervjutiden var i gjennomsnitt 35 minutter, og det var derfor forsvarlig å gjennomføre inter-

vjuene over telefon. Alle intervjuene på tilleggsutvalget i Oslo og Akershus ble foretatt av et sentralt telefonkorps. De som var blitt intervjuet til hovedundersøkelsen, og var under 80 år, fikk i etterkant av intervjuet tilsendt et spørreskjema om fritid og friluftsliv.

Registerkoblinger: Se beskrivelse under Helse- og levekårsundersøkelsen.

Innhold i spørreskjema/intervju:

Undersøkelsen omfatter spørsmål om boforhold, boligøkonomi, flytting, fritidsbolig, støy og forurensning i og utenfor bolig, nærmiljø, vold og kriminalitet, nærmiljø og trygghet, sosial kontakt og tilsyn. Videre om man pga. varige helseproblemer (16-66 år) har vansker med ulike aktiviteter/gjøremål eller mottar grunn- eller hjelpestønad. Om man har organisasjonsmedlemskap, aktiviteter på fritiden (idrett, kultur mv.), livssyn, reisevaner, røykevaner, samlivshistorie, arbeidsforhold mv.

Personer under 80 år som ikke mottok skjema om kosthold i 1997 fikk tilleggskjema om fritidsbruk som skulle returneres per post. I dette inngikk spørsmål om organisert og ikke-organisert idrett, jakt og fiske, andre friluftaktiviteter, trening og mosjon og bruk av tilbud i nærmiljøet.

Tilleggskjemaet til barn om fritidsbruk i 1997 omfattet spørsmål om teater, sang og musikk, bøker, skogstur, skitur, båttur, andre friluftaktiviteter, trening og bruk av tilbud i nærmiljøet.

Personer under 80 år som var med i hovedundersøkelsen fikk i 2001 tilleggskjema om fritidsbruk (postalt). I dette inngikk spørsmål om organisert og ikke-organisert idrett, jakt og fiske, andre friluftaktiviteter, trening og mosjon og bruk av tilbud i nærmiljøet.

Undersøkelse om boforhold i Oslo og Akershus 2001 (tilleggsutvalg). Omfatter spørsmål om boforhold, boligøkonomi, husholdsutgifter, flytting, endringer i livssituasjon, fritids- og ekstrabolig, arbeidsforhold og inntekt.

Målinger:

Nei

Biologisk materiale:

Nei

Gjennomførte undersøkelser siste 10 år:

1997 og 2001

Planlagte undersøkelser:

Neste undersøkelse går av stabelen i 2004

Internasjonalt samarbeid/forpliktelser:

Ingen EU-regulering.

Kommentarer:

Dokumentasjonrapporter:

http://www.ssb.no/emner/00/02/levekaar/notat_9834/notat_9834.pdf

http://www.ssb.no/emner/00/02/levekaar/notat_9834/notat_9834.pdf

**Levekårsundersøkelsen.
Arbeidsmiljø og barne-
tilsyn**

**"Arbeidsmiljø-
undersøkelsen"**

Oppdragsgiver:

Statistisk sentralbyrå

Databehandler:

Statistisk sentralbyrå

Formål:

Det er to hovedformål levekårsundersøkelsens tverrsnittundersøkelse tar sikte på å tilfredsstille. Den skal for det første gjøre det mulig å belyse hovedtrekkene ved alle sider av befolkningens levekår og hvordan levekårene fordeler seg i befolkningen. For det andre skal levekårsundersøkelsen gjøre det mulig å belyse utviklingen i befolkningens levekår, både utviklingen i levekårenes nivå og fordelingen av levekår. Tverrsnittundersøkelsen vil over en 3-årsperiode dekke alle viktige levekårsområder.

I tillegg til Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø får en opplysninger om arbeidsforhold fra flere kilder. Arbeidskraftundersøkelsen er en viktig kilde og gir en del opplysninger som supplerer opplysningene i levekårsundersøkelsen, f.eks. om opplæring i yrkeslivet, helgearbeid, arbeidstidsordninger og om funksjonshemmedes forhold til arbeidsmarkedet. En del registre som Arbeidstaker-/arbeidsgiverregistret, Arbeidsdirektoratets register over arbeidssøkere og helt arbeidsledige og sykefraværsregistret er også relevante. Opplysningene i disse registrene kan også benyttes i Levekårsundersøkelsen.

Utvalg og representativitet:

Regelen er at det til denne undersøkelsen blir trukket 5 000 personer i alderen 15 år og over basert på opplysninger fra folkeregisteret som ikke bor på institusjon (levkårsutvalget). Ved undersøkelsen i 2000 ble det trukket et utvalg blant personer 16-66 år for å flest mulige yrkesaktive med.

Undersøkelsen lagt opp slik at eksterne oppdragsgivere kan kjøpe intervjuetid. Dette betyr i praksis at undersøkelsen er samkjørt med Statistisk sentralbyrås omnibusundersøkelse. Både i 1996 og i 2000 ble det trukket ut 2 000 personer i alderen 16-79 år fra levekårsutvalget til omnibusutvalget. Det ble også trukket tilleggsutvalg av lærere.

Levekårsutvalget trekkes i to trinn med utgangspunkt i Statistisk sentralbyrås standard utvalgsplan. Denne er nærmere beskrevet under Helse- og levekårsundersøkelsen.

Ved undersøkelsen i 1996 var det et frafall på 32 prosent av levekårsutvalget. Det var noe overrepresentasjon av personer 16-24 år og underrepresentasjon av personer 80 år og over i utvalget. I omnibusutvalget var det et frafall på 33 prosent.

I 2000 var frafallet 34 prosent i levekårsutvalget. 30 prosent av intervjuene var besøksintervjuer. De resterende ble foretatt på telefon.

Datainnsamlingsmetode:

Innsamlingshjemmel: frivillig. Dataene samles i høst/vinterhalvåret.

Undersøkelsen blir gjennomført ved kombinasjon av besøksintervju, telefonintervju.

Ved undersøkelsen i 1996 skulle alle i omnibusutvalget og sysselsatte i levekårsutvalget intervjues per besøk, mens personer 67 år og over i levekårs-

utvalget skulle primært bli intervjuet per telefon. Lærerutvalget ble kjørt som telefonintervjuer. Gjennomsnittlig intervjuetid var 45 minutter i 1996. Det er imidlertid store variasjoner i intervjuetid.

Ved undersøkelsen i 2000 var hovedregelen at de som var i arbeid og som var en del av omnibusutvalget skulle besøkes. De som ikke var i arbeid og heller ikke en del av omnibusutvalget kunne intervjues på telefon. Tilleggsutvalget av lærere skulle intervjues på telefon. I levekårsutvalget gikk 30 prosent av intervjuene på telefon og de øvrige som besøk. Intervjuene ble foretatt i tidsrommet september til januar. Frafallet i levekårsutvalget var 36 prosent. Gjennomsnittlig intervjuetid var 32 minutter i 2000. Frafallet i omnibusutvalget var 37 prosent og i lærerutvalget 18 prosent. Avvikene var relativt små, og vil i de fleste sammenhenger ikke ha betydning for resultatet. Forskjellen mellom netto- og bruttoutvalget er små når det gjelder alder og kjønn. Akershus og Oslo er noe underrepresentert i nettoutvalget, men forskjellene er ikke store.

Registerkoblinger: Se beskrivelse under Helse- og levekårsundersøkelsen.

Innhold i spørreskjema/intervju:

Undersøkelsene omfatter kartlegging av arbeidsforhold og lønnsforhold, fysisk arbeidsmiljø (støy, vibrasjoner, trekk, lysforhold, støv, gasser/damp) og spørsmål om arbeidsstilling, løft og andre belastninger. Videre inngår det spørsmål om organisatorisk arbeidsmiljø (autonomi, arbeidstempo, ensformighet mv., trivsel mv.), fagforeningsaktivitet, bedriftshelsetjenesten, arbeidsulykker og sykefravær. Det er spørsmål om ulykker i arbeidstiden, om lengde på sykefravær og type helseproblemer (smerter, hodepine, astma, allergi, angst, depresjon og tretthet). Det blir kartlagt om dette helt eller delvis skyldes nåværende jobb. Videre stilles det spørsmål arbeidsledighet, tilsynsordninger for barn, boforhold, sosial kontakt og friluftsliv, røykevaner, reisemotiver og naturpreferanser.

Målinger:

Nei

Biologisk materiale:

Nei

Gjennomførte undersøkelser siste 10 år:

Arbeidsmiljø var tema i 1996, 2000 og 2003.

Planlagte undersøkelser:

Neste undersøkelse går i felten 2006.

Internasjonalt samarbeid/forpliktelser:

Ingen EU-regulering.

Kommentarer:

Dokumentasjonsrapporter:

http://www.ssb.no/emner/00/02/levekaar/notat_200134/notat_200134.pdf

http://www.ssb.no/emner/00/02/levekaar/notat_9663/notat_9663.pdf

**Forbruksundersøkelsen
(FBU)****Oppdragsgiver:**

Statistisk sentralbyrå

Databehandler:

Statistisk sentralbyrå

Formål:

Undersøkelsen skal gi en detaljert oversikt over private husholdningers forbruk som grunnlag for en eventuell ajourføring av vektgrunnet i konsumprisindeksen. Videre kartlegges forbruket i forskjellige grupper av husholdninger. Undersøkelsen blir brukt i kostholdsanalyser og i analyser av husholdningens økonomiske levekår.

Utvalg og representativitet:

Undersøkelsen er basert på besøksintervjuer og føring av utgiftshefter i et representativt utvalg husholdninger. Det trekkes 2 200 personer i alderen 0 til 79 år. Husholdningene disse personene tilhører danner utvalget. SSBs to-trinns utvalgsplan ble benyttet (se helse- og levekårsundersøkelsen for nærmere beskrivelse). Personer bosatt i felleshusholdninger som sykehus, pensjonat o.l. er ikke tatt med.

I perioden 1996-98 deltok 58 prosent av de uttrukne husholdningene. Undersøkelsene er vektet etter bostedsstrøk, husholdningstype og når i året husholdningene førte regnskap for å rette opp skjevheter i materialet.

De fleste tall publiseres på landsnivå, men det gis tall for landsdeler og bostedsstrøk.

Datainnsamlingsmetode:

Innsamlingshjemmel: Frivillig. Opplysningene samles inn ved besøksintervjuer og bruk av Computer Assisted Personal Interview (CAPI) og føringshefter for private forbruksutgifter i en 14 dagers periode. Det gjennomføres to intervjuer. Ett innledningsintervju, to typer føringshefter (hoved- og bihefte) og avslutningsintervju. I innledningsintervjuet samles bakgrunnsopplysninger. I føringshefte fører husholdningen oversikt over sine private forbruksutgifter i en 14-dagers periode. Opplysningen hentes inn for alternerende perioder gjennom hele året fordi forbrukets størrelse og sammensetning varierer med årstiden. Mengde og verdi for kjøpte mat- og drikkevarer ble ført i heftet da kjøpet fant sted. I avslutningsintervjuet registreres utgifter til varer og tjenester som husholdningen kjøper forholdsvis sjelden, f.eks. utgifter til bolig, kjøp av private transportmidler mv.

Datainnsamlingen foregikk i perioden desember 1995-99. De fleste husholdningene fikk to besøk i løpet av undersøkelsesperioden, og en del husholdninger fikk oppfølgingstelefoner og hjelp til føring av utgifter.

Gjennomsnittlig tid for hver husholdning er 360 minutter fordelt på 150 minutter og 210 minutter til heftføring. Til sammen blir det 7 020 timer eller ca. 880 dagsverk.

Beskrivelse av koblinger som er gjort: Utvalgsdataene kobles med opplysninger fra inntektsregisteret og utdanningsregisteret.

Innhold i spørreskjema/intervju:

I spørreskjemaet inngår opplysninger om bolig, leieboer, strøm, brensel, lys, biler, store forbruksgjenstander, selskapsreiser, andre ytelser, kommunale ytelser, barnetilsyn mv. i tillegg til føring av hefter over utgifter i en angitt 14-dagers periode. Utgiftsgrupperingen bygger på UN Department of economic and social affairs. Statistical office: "A system of national accounts". New York, 1968.

Målinger:

Nei

Biologisk materiale:

Nei

Gjennomførte undersøkelser siste 10 år:

Undersøkelsen gjennomføres årlig. Siste undersøkelse gikk i 2004.

Planlagte undersøkelser:

Neste undersøkelse går i 2005

Internasjonalt samarbeid/forpliktelser:

Ingen

Kommentarer:

<http://www.ssb.no/emner/05/02/fbu/>

Sosial- og helsedirektoratet (SHdir)

Norkost 1993-94 og 1997

Oppdragsgiver:

Samfinansiert av SHdir og Mattilsynet. Undersøkelsen gjennomført i samarbeid mellom SHdir, Mattilsynet og Avdeling for ernæringsvitenskap UiO (AE). AE har utviklet metode.

Databehandler:

SSB har trukket utvalg og samlet inn spørreskjema. AE skannet svar, beregnet næringsinnhold og levert datafiler.

Formål:

Styrke kunnskapen om kostholdet blant voksne og bidra til å bedre helsefremmende arbeid.

Utvalg og representativitet:

Undersøkelsen ble gjennomført på en lignende måte i 1993-94 og 1997 blant 5000 personer brutto i hver runde. Ikke personidentifiserende data. Aldersgruppen 16-79 år. Vedheng til Omnibus, 4 ganger i året, det ble trukket ut et tilfeldig utvalg på 1250 hver gang. Disse fikk tilsendt et spørreskjema i posten som ble hentet av intervjuere i forbindelse med Omnibusintervjuet. Svarprosent 63% i 1993/94 og 54% i 1997. I begge undersøkelsene var det utlodning av fire pengepremier blant deltakere.

Datainnsamlingsmetode:

Kostholdet ble kartlagt med et spørreskjema med spørsmål om hvor mye og hvor ofte deltakerne spiste av 180 matvarer, matretter og grupper av matvarer.

Innhold i spørreskjema/intervju:

Kosthold, vekt, høyde, aktivitet, røykevaner, sosiale og demografiske variable.

Målinger

Nei

Biologisk materiale:

Nei

Gjennomførte undersøkelser de siste 10 år:

Gjennomført i 1993/94 og 1997.

Planlagte undersøkelser:

Ny Norkost planlegges om 10 år.

Internasjonalt samarbeid/forpliktelser:

Data brukt i europeiske samarbeidsprosjekt.

Kommentarer:

Vil sannsynligvis gå over til ny metode med prospektiv utfylling av dagbok også for voksne, slik man har gjort for barn. Metoden som ble brukt i 1993 er validert og dagboken blir validert. Hvis man bruker dagbok, får man liknende data som i Sverige og Danmark.

Ungkost 1993 og 2000**Oppdragsgiver:**

Samfinansiert av SHdir og Mattilsynet. Undersøkelsen gjennomført i samarbeid mellom SHdir, Mattilsynet og Avdeling for ernæringsvitenskap UiO (AE). AE utviklet metode.

Databehandler:

SSB har trukket utvalg. AE har samlet inn spørreskjema skannet svar, beregnet næringsinnhold, levert datafiler og skrevet rapporter og artikler.

Formål:

Styrke kunnskapen om kostholdet blant barn og ungdom og bidra til å bedre helsefremmende arbeid.

Utvalg og representativitet:

Ungkost-1993: kostholdsundersøkelse blant landsrepresentative utvalg av skoleelever fra 7. klasse (13 år) og 2. trinn på videregående skole (18 år). Det endelige utvalget utgjorde 3269 elever, 87% av det opprinnelige utvalget.

Ungkost-2000: kostholdsundersøkelse blant landsrepresentative utvalg av 4-åringer, og skoleelever 4. klasse (9 år) og 8. klasse (13 år). Utvalg på helsestasjonsnivå for 4-åringer og på skolenivå for 9- og 13-åringer. Antall inviterte barn var for 4-åringer 746, 4. klassinger 1018 og 8. klassinger 1181. Deltakerandelen var hhv. 52%, 81% og 86% i de tre aldersgruppene. Foreldre til 4-åringer som fullførte undersøkelsen var med i trekning av to gavesjekker på 10.000,-. Elevene som fullførte fikk 100 kroner hver.

Datainnsamlingsmetode:

1993 - Kostholdet ble kartlagt med et spørreskjema med spørsmål om hvor mye og hvor ofte deltakerne spiste av 190 matvarer, matretter og grupper av matvarer. Erfaringene fra den første Ungkostundersøkelsen tydet på at spørreskjemaet var vanskelig å besvare for 13-åringene. Derfor utviklet man en kostdagbok til neste undersøkelse.

2000 - Prekodet dagbok som fylles ut prospektivt i fire dager. Billedbok ble brukt til bestemmelse av porsjonsstørrelser.

Helsestasjoner og skoler ble besøkt og orientert av forskere fra AE både i 1993 og 2000.

Innhold i spørreskjema/intervju:

Kosthold, vekt, høyde, aktivitet, røykevaner, sosiale og demografiske variabler.

Målinger

Nei

Biologisk materiale:

Nei

Gjennomførte undersøkelser de siste 10 år:

Ungkost har blitt gjennomført i 1993 og 2000.

Planlagte undersøkelser:

Planlegges gjentatt, men når er ikke tidfestet.

	<p>Kommentarer: Metodene er validert. http://www.sef.no/index.db2?id=11000033</p>
<p>Sped- og Småbarnskost</p>	<p>Oppdragsgiver: Samfinansiert av SHdir og Mattilsynet. Undersøkelsen gjennomført i samarbeid mellom SHdir, Mattilsynet, SSB og Avdeling for ernæringsvitenskap UiO (AE). AE, SHdir og Mattilsynet utviklet metode i samarbeid.</p> <p>Databehandler: SSB har trukket utvalg, samlet inn og skannet spørreskjema. AE har beregnet næringsinnhold og levert datafiler.</p> <p>Formål: Øke kunnskapen om kostholdet til sped- og småbarn, for å få et bedre grunnlag for å gi råd om kosthold og forebygge kostholdsrelaterte helseproblemer i denne aldersgruppen.</p> <p>Utvalg og representativitet: Sped- og Småbarnskost undersøkte kostholdet blant landsrepresentative utvalg av barn som er 6, 12 og 24 måneder gamle. Datainnsamlingen ble gjennomført i 1998-1999.</p> <p>Spedkost – Utvalg alle spedbarn født i tre-ukers perioden 27/4-17/5/98 av norske/andre skandinaviske mødre. Spørreskjema ble sendt per post til mødrene til 3000 seks måneder gamle spedbarn. De samme barna ble fulgt opp ved tolv måneders alder da mødrene fikk tilsendt et nytt spørreskjema. Deltakerandel var hhv. 80% og 66% for de to aldersgruppene. De som deltok var med i en trekning av fem gavekort a 2000,-.</p> <p>Småbarnskost – Utvalg alle spedbarn født i tre-ukers perioden 8/3-27/3/97 av norske/andre skandinaviske mødre. Spørreskjema ble sendt per post til mødrene til 3000 24 måneder gamle barn. Deltakerandel var 58 % . De som deltok var med i en trekning av fem gavekort a 2000,-.</p> <p>Datainnsamlingsmetode: Tre ulike selvadministrerte maskinlesbare semikvantitative matvarefrekvensskjema tilpasset de tre aldersgruppene. Billedbok for å bestemme matmengder ved 12 og 24 måneders alder.</p> <p>Innhold i spørreskjema/intervju: Kosthold, vekt, høyde, røykevaner hos mor, sosiale og demografiske variabler.</p> <p>Målinger: Vekt og høyde ved fødsel på sykehus og 6 og 12 måneders alder ved helsestasjon.</p> <p>Biologisk materiale: Nei</p> <p>Gjennomførte undersøkelser siste 10 år: Spedkost har blitt gjennomført i 1998 og 1999.</p> <p>Planlagte undersøkelser: Planlegges gjentatt, trolig 2005-6.</p>

	<p>Kommentarer: Metodene er validert. http://www.sef.no/index.db2?id=11000033</p>
<p>SSBs forbruksundersøkelser</p>	<p>Oppdragsgiver: SHdir kjøper datafiler fra SSB angående matvareforbruk. Dette samfinansieres av SHdir og Mattilsynet. Avdeling for ernæringsvitenskap ved UiO bearbeider og næringsberegner registreringer av matmengder.</p> <p>Databehandler: SSB driver forbruksundersøkelsene. Se nærmere omtale av undersøkelsen lenger framme i dokumentet.</p> <p>Formål: Beskrive befolkningens kosthold og vurdere utviklingen i forhold til helsepolitiske målsettinger og foreslå tiltak.</p> <p>Utvalg og representativitet: I SSBs forbruksundersøkelser er det årlig siden 1975 blant annet registrert hvor mye mat som blir anskaffet (dvs. kjøpt, tatt av egen produksjon, fått som gave o.l.) av et landsrepresentativt utvalg av 2000-2500 privathusholdninger i løpet av 2 uker. Mat som blir kjøpt og spist utenfor husholdningen f. eks. i gatekjøkken, er ikke med i mengderegistreringene. Rapporterte kostholdsdata uttrykkes som mengde per person ved at verdier for hele husholdningen divideres med antall personer i husholdningen. Undersøkelsen gir informasjon om hvor mye mat som anskaffes, ikke hva som faktisk blir spist.</p> <p>Frafallet var 32 % i 1975, 39% i 1983-85, 38% i 1992-94, 42 % i 1996-98 og 48% i 1999-2001. Frafallet fordeler seg ikke likt for alle husholdningsgrupper. Det varierer med bostedsstrøk, husholdningstype og når i året husholdningene har ført regnskap. For å rette opp skjevheter i materialet er det korrigert for frafallet ved at husholdningsgrupper med stort frafall er gitt relativt større vekt ved beregning av gjennomsnittstall.</p> <p>Datainnsamlingsmetode: Prospektiv registrering i 14 dager.</p> <p>Innhold i spørreskjema/intervju: Forbruk av varer og tjenester, sosiale og demografiske variabler.</p> <p>Målinger Nei</p> <p>Biologisk materiale: Nei</p> <p>Gjennomførte undersøkelser siste 10 år: Årlig</p> <p>Kommentarer: http://www.sef.no/index.db2?id=11000033</p>

Tobakksbruksundersøkelsen**Oppdragsgiver:**

Sosial- og helsedirektoratet og SSB lager spørreskjema (i 2003 med hjelp fra SIRUS). SHdir står for finansiering.

Databehandler:

Statistisk sentralbyrå

Formål:

Overvåke bruk av tobakk og holdninger til tobakk i Norge

Utvalg og representativitet:

De mest sentrale tobakksspørsmålene er gjentatt regelmessig siden 1973. Bruttoutvalget i hver omnibusundersøkelse består av 2000 personer (16 år og over) og er landsrepresentativt. Nettoutvalg varierer fra gang til gang. Svarprosenten på disse spørsmålene 65-70%. Frafallet dokumenteres i dokumentasjonsrapporter for hver undersøkelse. Hovedundersøkelsen ligger til omnibus nr 4 (november/desember), men i tillegg til dette stilles to spørsmål i omnibus 1, 2 og 3 i tillegg (røyker daglig, av og til eller aldri).

Datainnsamlingsmetode:

Statistisk sentralbyrås omnibusundersøkelse. Omnibusundersøkelsen en intervjuundersøkelse som er sammensatt av ulike spørsmål fra ulike oppdragsgivere fra gang til gang. Undersøkelsen har et fast sett med bakgrunnsspørsmål, men varierer ellers i både tema og intervjulengde. Innsamlingsmetoden er PC-basert personlig intervju, men det har etter hvert blitt vanligere med telefonintervju enn med besøk av intervjuer. Informasjonsbrev og brosjyre sendes til alle i utvalget på forhånd.

Innhold i spørreskjema/intervju:

Tobakksbruk (røyking, snusbruk): omfang, hyppighet, bruksmønster, slutteforsøk, slutteintensjoner, holdningsspørsmål (til passiv røyking, lovgivning, tiltak o.l.).

Gjennomførte undersøkelser siste 10 år:

Årlig (siden 1973).

Planlagte undersøkelser:

Årlig.

Kommentarer:**Tobakksbruk i ungdomsskolen****Oppdragsgiver:**

Sosial- og helsedirektoratet lager spørreskjema og står for finansiering.

Databehandler:

I 2000 ble Norsk Gallup brukt.

Formål:

Overvåke bruk av tobakk og holdninger til tobakk i Norge blant elever i ungdomsskolen.

Utvalg og representativitet:

Målgruppen for undersøkelsen er ungdomsskoleelever, dvs 8., 9. og 10. klasse og rektorene. Alle skoler i Norge med elever på minst ett av disse klassetrinnene, hvor elevtallet var minst 15 på ungdomstrinnet, deltok i undersøkelsen (1049 skoler jf oversikter fra UFD). Svarprosent fra skolene var ca 75 %.

	<p>785 rektorer, aggregerte data klassevis fra ca det samme antall skoler, samt et utvalg på 3691 elever.</p> <p>Datainnsamlingsmetode: Postalt. Data samles på flere måter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rektor besvarer et skjema om skolen • Lærere leverer klasserapporter basert på skjema fra klassens elever • Utvalg av elevene (tilfeldighet – alle født på dato den 6. uansett måned): 3.691 respondenter. <p>Innhold i spørreskjema/intervju: Tobakksbruk (røyking, snusbruk): omfang, hyppighet. Faktorer som har betydning for tobakksadferden. Konsekvenser av forsterket satsing på tobakksforebygging i ungdomsskolen. Hvordan elevene får tak i tobakk.</p> <p>Gjennomførte undersøkelser siste 10 år: 1995 og 2000 (hvert femte år siden 1975)</p> <p>Planlagte undersøkelser: 2005 og hvert 5. år senere.</p> <p>Kommentarer: I 2005 vil HEMIL-senteret ved Universitetet i Bergen være samarbeidspartner på undersøkelsen.</p>
<p>Fysisk aktivitet blant voksne</p>	<p>Oppdragsgiver: SHdir</p> <p>Databehandler: Norges idrettshøgskole</p> <p>Formål: Undersøke aktivitetsnivået blant voksne i Norge</p> <p>Utvalg og representativitet: Tilfeldig utvalg av 4000 voksne (18–65 år) fordelt på hele Norge. SSB har trukket utvalget og stått for utsendelsen og en puring. Dessverre var svarprosenten i Norge veldig dårlig, kun ca 40%.</p> <p>Datainnsamlingsmetode: Spørreskjema IPAQ (International Physical Activity Questionnaire)</p> <p>Innhold i spørreskjema/intervju:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aktivitetsnivå - Nærmiljø og mulighet for aktivitet - Bakgrunnsvariabler <p>Målinger: Nei</p> <p>Biologisk materiale: Nei</p>

	<p>Gjennomførte undersøkelser siste 10 år: Første undersøkelse var i oktober 2003.</p> <p>Planlagte undersøkelser: Mulig samarbeide med avdeling for ernæring for felles kartlegging</p> <p>Internasjonalt samarbeid/forpliktelser: SHdir er del av en internasjonal studie for å prøve ut/samle informasjon om aktivitetsnivået basert på IPAQ. Dataene er sendt til Australia hvor koordinator jobben ligger. Rapport forventes i juni 2004.</p> <p>Kommentarer: http://www.sef.no/index.db2?id=11000033</p>
<p>Fysisk aktivitet blant barn og unge</p>	<p>Oppdragsgiver: SHdir</p> <p>Databehandler: Norges idrettshøyskole</p> <p>Formål: Systematisere, analysere, beskrive og vurdere nivået av fysisk aktivitet, holdninger til fysisk aktivitet, fysisk form og relevante helsevariabler i ulike grupper av befolkningen.</p> <p>Utvalg og representativitet: Landsrepresentativt utvalg (ca 2000) blant 9- og 15-åringer. Regner ikke med særlig frafall (ca 3%).</p> <p>Datainnsamlingsmetode/innhold: Objektive mål på fysisk aktivitet (MTI Actigraph) Fysisk form: a) aerob kapasitet (tredemølle eller sykkel), muskelstyrke, motorikk, balanse og bevegelighet, b) blodfettprofil, insulinsensitivitet, kroppssammensetning og blodtrykk Helseparametere: Antropometri, blodprøver, blodtrykk Determinanter for fysisk aktivitet (spørreskjema, samlet utgjør disse målingene sju skalaer med omtrent 50-60 items):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Målperspektiv • Sosial støtte & oppmuntring • Sosiale rollemodeller • Tilfredshet/glede • Indre og ytre motivasjon • Mestringsforventning • Fasiliterende og inhiberende fysisk miljø <p>Målinger MTI Måling av aerob kapasitet Antropometri – blodtrykk Måling av muskelutholdenhet og elementer av "Eurofit" testbatteri</p> <p>Biologisk materiale: Fastende blodprøve (fasteinsulin, blodsukker, blodlipider)</p>

Gjennomførte undersøkelser siste 10 år:

Ingen, men lignende undersøkelser er gjort i 2000 i Oslo med ønske om oppfølging 2006 (EYHS v/ Norges idrettshøgskole) og i Kristiansand på 6 åringer v/Per Egil Mjaatvatn.

Planlagte undersøkelser:

Kartleggingen vil videreføres til voksne og eldre.

Kommentarer:

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS)

Bruk av rusmidler i voksenalderen

Oppdragsgiver:
SIRUS

Databehandler:
SIRUS (Datainnsamlingen foretatt av MMI)

Formål:
Kartlegging av bruk av og holdninger til legale og illegale rusmidler i voksenalderen.

Utvalg og representativitet:
Man trekker besøksadresser og besøker 4 husstander fra hver startadresse etter et spesielt system. Den i husstanden som sist hadde fødselsdag blir intervjuet. Det blir et tilnærmet tilfeldig utvalg, men det blir ikke registrert noen svarprosent. Utvalget antas å være landsrepresentativt. Totalt ca. 2000 personer i alderen 15 år og oppover.

Datainnsamlingsmetode:
Personlig intervju. Spørreskjema om sensitive spørsmål (illegale rusmidler) gis ut etter intervjuet.

Innhold i spørreskjema/intervju:
Bruk av og holdninger til rusmidler.

Målinger
Data fra undersøkelsen brukes til estimering av årlig alkoholkonsum.

Biologisk materiale:
Nei

Gjennomførte undersøkelser siste 10 år:
Omkring hvert 5. år. De to siste undersøkelsene ble foretatt i 1994 og 1999.

Planlagte undersøkelser:
Det planlegges en ny undersøkelse høsten 2004.

Internasjonalt samarbeid/forpliktelser:
Data fra undersøkelsen brukes i internasjonale samarbeidsprosjekter.

Kommentarer:

Ungdomsundersøkelsen

Oppdragsgiver:
SIRUS

Databehandler:
SIRUS

Formål:
Følge trender i ungdoms bruk av rusmidler

	<p>Utvalg og representativitet: Årlige undersøkelser i aldersgruppa 15-20 år. Enkelte år inkluderes også 21-30 år. Et rullerende system med fødselsdatoer. Trekkes to parallelle utvalg, ett Oslo-utvalg (tidsrekke fra 1968) og et landsdekkende utvalg (1986, årlig fra 1990). Synkende svarprosent. Var lenge omkring 70 %, men er nå under 50 %. I de årlige Oslo-undersøkelsene inngår omkring 1 200 respondenter, i landsundersøkelsen omkring 1 700 respondenter.</p> <p>Datainnsamlingsmetode: Postalt spørreskjema. 1 puring. Ingen belønning for deltakelse</p> <p>Innhold i spørreskjema/intervju: Bruk av legale rusmidler. Bruk av og holdninger til illegale rusmidler.</p> <p>Målinger Data fra undersøkelsen brukes til å estimere årlig alkoholforbruk.</p> <p>Biologisk materiale: Nei</p> <p>Gjennomførte undersøkelser siste 10 år: Årlig, siste undersøkelse 2004</p> <p>Planlagte undersøkelser: 2005</p> <p>Kommentarer:</p>
<p>Den norske del av ESPAD-undersøkelsen</p>	<p>Oppdragsgiver: SIRUS. Internasjonalt spørreskjema, oversatt til norsk av SIRUS.</p> <p>Databehandler: SIRUS/Gallup</p> <p>Formål: Følge trender i ungdoms bruk av rusmidler, foreta internasjonale sammenligninger.</p> <p>Utvalg og representativitet: Stratifisert clusterutvalg av 10. klasser. 15-16 åringer (undersøkelsen foregår i april i siste år i ungdomsskolen, inkluderer elever som fyller 16 år i løpet av undersøkelsesåret). Eldre/ynge elever blir utelukket. Omkring 4000 elever inngår i de enkelte undersøkelsene. Svarprosent omkring 90.</p> <p>Datainnsamlingsmetode: Spørreskjema i klassen. Ingen puring på fraværende elever.</p> <p>Innhold i spørreskjema/intervju: Bruk av og holdninger til rusmidler.</p> <p>Målinger Nei</p>

Biologisk materiale:

Nei

Gjennomførte undersøkelser siste 10 år:

1995, 1999 og 2003

Planlagte undersøkelser:

2007

Internasjonalt samarbeid/forpliktelser:

Inngår i den europeiske ESPAD undersøkelsen (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs).

Kommentarer:

Ung i Norge

Oppdragsgiver:

NOVA. Forskningsrådet finansierte størstedelen av undersøkelse over "Program for velferdsforskning", Utdannings- og forskningsdepartementet støttet også undersøkelsen.

Databehandler:

Statistisk sentralbyrå (SSB)

Formål:

Det var flere overordnede målsettinger som lå til grunn for å foreta en ny stor nasjonal ungdomsundersøkelse. For det første var det et ønske om å kartlegge en rekke sider ved ungdoms levekår og livsstil og se på mulige endringer i disse siden den forrige store ungdomsundersøkelsen i 1992. I løpet av de ti årene som var gått har det skjedd flere endringer som trolig er av betydning for ungdoms levekår, – blant annet to store skolereformer (Reform 94 og Reform 97), ungdomskullene er vesentlig mindre, arbeidsmarkedet er strammere, og tilgjengelighet og bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) har økt enormt. Det er også skjedd endringer i ungdomskulturelle strømninger, trolig også i fritidsbruk, verdiorientering og forbruksmønstre. For det andre var det et ønske om å empirisk etterprøve hypotesen om at tradisjonelle sosiale strukturer som kjønn og sosial klasse (og etnisk bakgrunn) har mistet (en del av) sin betydning for ungdoms muligheter og valg i dagens samfunn. Og for det tredje var det et ønske om å kartlegge viktige aspekter ved ungdoms levekår som ikke har vært dekket i tidligere ungdomsundersøkelser, blant annet ungdoms bruk av og tilgang til ny informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT), fattigdom og pengespill.

Et viktig premiss for den nye ungdomsundersøkelsen var dermed at man på en rekke områder ønsket å kunne sammenlikne svar fra 1992 med svar fra 2002. Dette innebar at utvalgsmetode, prosedyrer og mange av spørsmålene måtte være identiske i de to undersøkelsene.

Kort oppsummert kan man si at det primære siktemålet med UiN-1992 var å belyse:

- Psykososial utvikling og personlighetsdanning.
- Kvalifikasjoner og læring.
- Ungdomskulturer.

Utvalg og representativitet:

Det ble valgt identisk trekkemetode som i 1992. Trekkeenheten er skoler. Alle elevene ved de uttrukne skolene blir (i utgangspunktet) med i utvalget av elever. Ungdomsskoler og videregående skoler trekkes hver for seg. Ungdomsskolene stratifiseres etter region og størrelse. Videregående skoler stratifiseres etter region og skoletype. Med denne metoden var trekkesannsynligheten like stor for alle elever, uavhengig av om de gikk på en stor eller liten skole. For hver skole som ble trukket ut, ble det også trukket to reserveskoler. Dette for å sikre at vi hadde erstatter dersom en eller flere uttrukne skoler ikke ville delta i undersøkelsen. For å sikre et best mulig representativt utvalg i Oslo, ble SSBs trekkeprosedyre fraveket i dette ene geografiske området, og vi foretok her et skjønnsbasert utvalg av ungdomsskoler og videregående skoler i samråd med assisterende skoledirektør. Hensikten var å oppnå et rimelig representativt utvalg av elever med hensyn på bosted (indre/ytre og østre/vestre bydeler), etnisk bakgrunn og studieretning på videregående skole. I alt ble det trukket/valgt ut 73 skoler, fordelt på 47 ungdomsskoler og 26 videregående skoler. To av disse skolene vegret seg eller ønsket ikke å

delta i undersøkelsen og ble erstattet med uttrukne erstatningsskoler. I Ung i Norge 2002 var det et brutto utvalg på i alt 12 923 elever i ungdomsskole og videregående skole. Det var i alt 11 928 elever som deltok i undersøkelsen. Dette gir en samlet svarprosent på 92,3. Svarprosenten var noe høyere på ungdomsskolen (93,6) enn på videregående skole (91,0).

Undersøkelsen var anonym og utløste ikke konsesjonsplikt i henhold til personregisterloven. Deltakelse blant elever i ungdomsskolen ble basert på et skriftlig informert samtykke fra foreldre/foresatte (aktivt samtykke). For elever i videregående skole fikk foreldre/foresatte et informasjonsskriv og eleven selv ga samtykke til å delta (passivt samtykke fra foresatte).

Datainnsamlingsmetode:

Spørreskjemaet besto av ett hefte. Det var kun noen mindre forskjeller mellom skjema til ungdomsskole og skjema til videregående skole. Undersøkelsen gikk over to skoletimer.

På 56 av skolene ble det organisert nye gjennomføringer av undersøkelsen. I alt var det 696 elever som deltok i undersøkelsen i en oppsamlingsrunde. Dette bidro ikke bare til å øke svarprosenten, som uten slike oppsamlingsrunder ville vært 86,6%, men bidro nok også til å få en noe bedre representativitet av elever med problematferd.

Alle elever som deltok i undersøkelsen var med i trekningen om en reise til 30.000 kr. Kontaktpersonene ved skolene fikk et honorar på 1000 kr (ved store skoler dvs. mer enn 6 klasser fikk kontaktpersonen utbetalt 2000 kr) som kompensasjon for merarbeidet med å administrere gjennomføringen av undersøkelsen ved skolen.

Innhold i spørreskjema/intervju:

Bakgrunnsdata

- Kjønn, alder, klassetrinn, studieretning (på v.g.), adoptert, hvem man bor sammen med
- Eget fødeland, antall søsken, astma- og allergiplager, fysisk funksjonshemming, lese- og skrivevansker

Foreldre

- Yrke/arbeidslivstilknypning
- Bakgrunn/status: Utdanningsnivå, fødeland
- Relasjoner: Parental Monitoring Index, Parental Bonding Index

Venner

- Kameratgjeng, bestevenn, fast kjæreste, UCLA Loneliness Scale

Skole

- Karakterer, foreldremøter, arbeid ved siden av,
- Tilpasning: Skoletrivsel, leksearbeid,
- Planer: Bosetting på hjemsted, yrkesincentiver

Fritid

- Frekvens på ulike fritidsaktiviteter, organisasjonsdeltakelse, sport/idrett, spille musikk, antall bøker hjemme,
- Kultur: friluftsliv, kulturbruk, musikksmak, TV-preferanser
- Forbruk: forbruk siste måned/siste uke, lommepenger

Verdisyn

- Forhold til kristendommen, ungdomstypologier, partivalg
- Religiøse aktiviteter

Problematferd

- Antisocial atferd, alkohol- og narkotikabruk, foreldres alkohol- og røykevaner, voldsutsatthet, alkoholtilgang
- Hopkin's symptomsjekkliste + suicidal atferd

Utseende/ selvbilde

- Høyde, vekt, Harters selvbildeskala (5 dimensjoner), Body Area Satisfaction Scale, vurdering av tynn/tykk
- Bem's kjønnsrolleinventorium, Eating Attitude Test,

Pubertet og sex

- Pubertetstiming, menstruasjon, seksuelle erfaringer, debut

Andre tema:

- Pengespill: Frekvens og indikasjoner på problemspill, pengebruk
- Fattigdom: Opplevelse av dårlig råd, foreldres inntektskilder
- IKT: Mobiltelefon, PC, internett, TV- og PC-spill
- Politikk og deltaking: Interesse, deltakelse i politiske aktiviteter, holdninger til politiske spørsmål

Målinger

Ingen målinger, selvrapportert høyde og vekt.

Biologisk materiale:

Ingen biologiske materialer ble samlet inn.

Gjennomførte undersøkelser siste 10 år:

Undersøkelsen ble gjennomført fra februar 2002.

Planlagte undersøkelser:

Det er ikke planlagt nye undersøkelser av denne type.

Kommentarer:

I tillegg til spørreskjemaet til elevene ble det også utarbeidet et spørreskjema til kontaktlærerne for å få en beskrivelse av forebyggende tiltak på skolen, skole-hjemsamarbeid, og tilbud av bibliotekstjenester, IKT-utstyr og skolehelsetjeneste. Spørsmål om forebyggende tiltak var særlig knyttet til tiltak mot mobbing, men også tiltak mot tobakks- og rusmiddelbruk. Data fra skole-skjemaet kan koples til data fra elevene med skolekode.

Se mer informasjon i metoderapporten fra "Ung i Norge 2002":

<http://www.nova.no/fou/MetoderapportDataInnsamlUngiNorge.pdf>

Ressursbruk:

Erfaringene med Ung i Norge 2002 viser at slike datainnsamlinger er svært ressurskrevende. Følgende oversikt viser den dokumenterte ressursbruken på datainnsamlingsdelen av prosjektet:

Samlede lønnskostnader over 2 år: ca. 1 960 000 kroner (som omfatter: Prosjektkoordinator: 1 årsverk, prosjektleder: 2 x 0,5 årsverk, andre forskere involvert i utvikling av spørreskjema: 3 mnd.verk, koding av åpne svar: 5 mnd.verk)

Samlede driftsutgifter over 2 år: ca. 810 000 kroner (som omfatter: Trykking av spørreskjema, konvolutter, etc., porto, frakt, kursing og lønn til kontaktlærere, scanning av spørreskjema og annen drift).

	<p><i>Totalt: ca. 2 770 000 kroner.</i></p> <p>Utover denne ressursbruken har en rekke forskere velvillig brukt av sin tid på viktige innspill og bidrag i prosessen uten at de har fått godtgjøring for dette.</p> <p>http://www.nova.no/index.gan?id=255&subid=0</p>
<p>Livsløp, aldring og generasjon (LAG)</p>	<p>Oppdragsgiver: LAG er del av et forskningsprogram ved NOVA som er finansiert av Norges forskningsråd, Sosialdepartementet og NOVA.</p> <p>Databehandler: Statistisk sentralbyrå (SSB)</p> <p>Formål: Levealderen stiger og befolkningen blir eldre, men vi vet foreløpig lite om hva dette betyr for individ og samfunn. Med LAG-programmet ønskes det å bygge en kunnskapsbank for livet etter 40. Hvorfor pensjoneres man stadig tidligere? Når melder helseproblemer seg? Hva betyr familien? Hvordan er tilgangen til hjelp og tjenester? Hva er viktig for mental helse og livskvalitet?</p> <p>Internasjonalt har livsløp blitt det dominerende perspektivet i studier av aldring. Funn som i første omgang synes å kunne forklares gjennom aldersforandringer, skyldes ofte ulik historisk påvirkning for ulike årskull (kohort-effekter) eller hendelser som har påvirket flere etterfølgende årskull (periode-effekter). Man finner at ulike årskull har ulike former for forløp på de fleste områder, fra helse og intelligens til inntekt, livsstil og sosiale relasjoner. Norge har vært et av få land i Vest-Europa som inntil nå ikke har hatt større livsløpsundersøkelser. Denne livsløpsstudien er konsentrert rundt fire hovedtemaer:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) arbeid og pensjonering (b) familie og generasjonsforhold (c) helse og tjenestebruk (d) mestring og mental helse <p>Tradisjonelt har disse livsområdene vært studert i separate studier i norsk aldersforskning. Med livsløpsperspektiv som utgangspunkt kan en nå se nærmere på hvordan ulike livsområder påvirker hverandre. Et annet viktig siktemål med studien er økt rekruttering til aldersforskningen samt økt kompetanse på området.</p> <p>Utvalg og representativitet: LAG er planlagt som en longitudinell studie med oppfølging hvert femte år. Første datainnsamling ble gjennomført i 2002–2003. Et representativt utvalg (5559 personer) av befolkningen i alderen 40–79 år er trukket fra 30 kommuner og bydeler som representerer ulike deler av landet (nord–sør), ulike miljøer (by–land) og ulike kommunale forutsetninger for eldrepolitikk (høy–lav andel eldre, sterk–svak kommuneøkonomi). Følgende fire regioner deltar: Agderfylkene, Oslo og Akershus, Nord-Trøndelag og Troms.</p> <p>Koblinger til andre registre foretas ved bruk av personnummer.</p> <p>Datainnsamlingsmetode: For utvalget 40–79 år ble først gjennomført et telefonintervju, deretter et postalt spørreskjema (etter samtykke). Personlig intervju ble gjennomført for de eldste deltakerne (80 år+). Data fra offentlige registre er koblet til etter informert samtykke. SSB sto for datainnsamlingen.</p>

Registerdata som er koblet på inneholder slektsdata, inntekt, formue, trygdeytelser, sivilstandshistorie, flyttinger, utdanning, fødeland, innvandrerkategori, tettbygd/sprettbygd kode, boligtype.

Innhold i spørreskjema/intervju:

Skjemaene inneholder internasjonalt velprøvde skalaer, spørsmål fra landsdekkende norske studier og spørsmål og skalaer som er utviklet spesielt for LAG. Dette gir muligheter for sammenligning med nasjonale og internasjonale undersøkelser.

Målinger

Ingen målinger

Biologisk materiale:

Ingen biologiske materialer

Gjennomførte undersøkelser siste 10 år:

Undersøkelsen ble gjennomført 2002-2003.

Planlagte undersøkelser:

Planen er å følge de samme personene over tid, med nye intervjuer hvert femte år fram til 2020.

Kommentarer:

Utvalg og spørreskjema er dokumentert i notat fra Statistisk sentralbyrå (Holmøy 2003/88)

Solem, P.E. & Slagsvold, B. (2003). *Forskningsinstrumenter i LAG – en dokumentasjon*. Oslo: NOVA.

<http://www.nova.no/subnet/lag/index.htm>

Stiftelse for helsetjenesteforskning (HELTEF, nå Kunnskapsenteret)

Helseprofil for barn og ungdom i Akershus – barnerapporten

Oppdragsgiver:

Oppdragsgiver er Fylkesmannen i Oslo og Akershus – helseavdelingen. Økonomiske bidragsytere er Rådet for psykisk helse med Extramidler fra Stiftelse for helse og rehabilitering, Fylkesmannen i Oslo og Akershus- Helseavdelingen, Statens helsetilsyn, Sosial- og helsedirektoratet og Akershus fylkeskommune. HELTEF i samråd med prosjektgruppen har utarbeidet spørreskjemaet.

Databehandler:

HELTEF skannet spørreskjemaene og klagjorde for videre analyse. Analyse og utforming av rapporter ble utført ved HELTEF.

Formål:

Prosjektet har flere hovedmål:

1. Beskrive status for helse og velvære for barn og ungdom i Akershus.
2. Gi en statusrapport for faktorer som influerer helse og velvære, som for eksempel livsstil, atferd, kommunikasjon og bruk av helsetjenesten.
3. Sammenlikne tilstanden i Akershus med tidligere og nåværende undersøkelser i Oslo, ellers i Norge og internasjonalt.
4. Kartlegge barn og ungdoms egne behov og ønsker for blant annet fritidsaktiviteter og helsetjenester, som skolehelse-tjenesten og helsestasjon for ungdom.

HELTEFs rapporter om Helseprofil i Akershus for voksne (1998 og 1999) ga ideen til å gjennomføre en tilsvarende undersøkelse blant barn og ungdom. Dette skulle gi et bilde av hvordan helsetilstanden til disse aldersgruppene er i de enkelte kommunene i fylket og hvilke behov de har for helsetjenester. For å forebygge problemer i utviklingen er det viktig å gi støtteapparatet den kunnskapen og de verktøyene de trenger.

Utvalg og representativitet:

Undersøkelsen Helseprofil for barn og unge i Akershus er en tverrsnittundersøkelse som inkluderer barn og ungdom fra alle kommunene i fylket. Utvalget er basert på frivillighet. Alle klassetrinn fra og med 3. klasse i barneskolen til og med 3. klasse i videregående skoler er med. Minst 1000 elever per kommune er med i undersøkelsen, bortsett fra de to minste kommunene. Hele skoleklasser ble invitert til å delta, og alle klasser hadde like stor sjanse for å bli trukket ut. Trekningen ble foretatt kommunevis. Antall klasser som ble valgt ut, ble beregnet ut fra antallet man skulle ha med i undersøkelsen fra kommunen og gjennomsnittsansattall elever i klassene i kommunen. Trekning ble så foretatt for hvert klassetrinn. Alle kommunens skoler var representert med det antall klasser den hadde på gjeldende trinn.

Totalt inneholder helseprofilundersøkelsen svar fra 16 480 barn og 14 698 foreldre. Det ble sendt ut 18 904 sett med spørreskjema til foreldre og barn. Dette innebærer en svarprosent på 87 for barna og 78 for foreldrene. Tabellen nedenfor viser antall svar og svarprosent for de ulike spørreskjemaene.

	Barn 3.-4.	5.-7.	Total	Foreldre 3.-7.
Sendt ut	7 751	11 153	18 904	18 904
Mottatt	6 720	9 760	16 480	14 698
Svarprosent	87	88	87	78

4 prosent av barna i dette materialet er innvandrere (etter Statistisk sentralbyrås definisjon av innvandrer dvs. en person som enten selv har innvandret til Norge eller som er barn av to utenlandsfødte foreldre).

Datainnsamlingsmetode:

Spørreskjema ble fylt ut over en skoletime. Det ble valgt ut en kontaktpersonen i kommunen som hadde ansvar for at en person i administrasjonen på hver skole leverte ut og samlet inn alt skriftlig materiale i forbindelse med undersøkelsen. Foreldrene ble på forhånd bedt om å gi samtykke til å delta i undersøkelsen. Foreldrene ble i tillegg forespurt om å fylle ut et eget spørreskjema. Ferdig utfylt skjema ble levert til læreren i lukket konvolutt. Elevene fikk spørreskjemaet til foreldrene utlevert i samme konvolutt som sitt eget skjema. Foreldrene returnerte skjemaet i lukket konvolutt til skolen med barnet.

En purring fra læreren til foreldrene på å levere erklæringen om at barnet får delta i undersøkelsen eller ikke, og på å få tilbake spørreskjemaet fra foreldrene var tillatt.

Det er en anonym spørreskjemaundersøkelse, men den foresattes og elevens skjema har samme registreringsnummer slik at disse kan sammenkoples.

Innhold i spørreskjema/intervju:

Det ble brukt egne spørreskjema for de ulike skoletrinn, tilpasset barnets alder.

Skjemaet for 3-4.klasse var av et begrenset omfang og inneholdt forholdsvis korte og enkle spørsmål med illustrerende figurer. Temaer var her:

- Bakgrunnsinformasjon (alder, kjønn, klassetrinn, SFO)
- Kommunikasjon
- Plaging og mobbing
- Helse og trivsel
- Kosthold
- Fritidsaktiviteter/mosjon

Skjemaet for 5-7.klasse var noe mer omfattende og inneholdt i tillegg følgende tema:

- Kropp og kosthold
- Psykisk helse (SDQ)
- Tobakk, alkohol og rus
- Bruk av skolehelsetjenesten

Foreldreskjemaet (3-7.klasse) omhandlet mer utfyllende bakgrunnsspørsmål og spørsmål om barnet slik det oppfattes av de foresatte, og spørsmål som anses som for kompliserte for barna selv å svare på. Temaene var her:

- Bakgrunnsinformasjon
- Økonomi
- Kommunikasjon og sosialt samvær
- Helse og trivsel
- Psykisk helse (SDQ)
- Plaging og mobbing
- Mosjon
- Kropp og kosthold
- Barnets bruk av helsetjenester
- Sjenanse og engstelighet

Spørreskjemaene var på bokmål. De ble ikke oversatt til andre språk.

	<p>Målinger Ingen målinger</p> <p>Biologisk materiale: Ingen biologiske materialer</p> <p>Gjennomførte undersøkelser siste 10 år: Undersøkelsen på barneskolen ble gjennomført våren 2002.</p> <p>Planlagte undersøkelser: Ikke planlagt nye slike undersøkelser.</p> <p>Kommentarer: Se mer om helseprofilene på nettsiden til HELTEF: http://www.heltef.no/index.php?back=2&artikkelid=245</p>
<p>Helseprofil for barn og ungdom i Akershus – ungdoms-rapporten</p> <p>Mye likt som i barne-rapporten</p>	<p>Oppdragsgiver: Oppdragsgiver er Fylkesmannen i Oslo og Akershus, helseavdelingen. Økonomiske bidragsytere er Rådet for psykisk helse med Extramidler fra Stiftelse for helse og rehabilitering, Fylkesmannen i Oslo og Akershus – Helseavdelingen, Statens helsetilsyn, Sosial- og helsedirektoratet og Akershus fylkeskommune. HELTEF i samråd med prosjektgruppen har utarbeidet spørreskjemaet.</p> <p>Databehandler: HELTEF skannet spørreskjemaene og klargjorde for videre analyse. Analyse og utforming av rapporter ble utført ved HELTEF.</p> <p>Formål: Se omtale under barnerapporten</p> <p>Utvalg og representativitet: Se omtale under barnerapporten</p> <p>Datainnsamlingsmetode: Spørreskjema ble fylt ut over en skoletime. Det ble valgt ut en kontaktpersonen i kommunen som hadde ansvar for at en person i administrasjonen på hver skole leverte ut og samlet inn alt skriftlig materiale i forbindelse med undersøkelsen. Elevene fikk med informasjonsbrev hjem til foreldrene. For elever i ungdomsskolen ble foreldrene bedt om å gi samtykke til at eleven kan delta i undersøkelsen.</p> <p>Det ble ikke foretatt purring.</p> <p>Spørreskjemaundersøkelsen var anonym.</p> <p>Innhold i spørreskjema/intervju: Det ble brukt egne spørreskjemaer for de ulike skoletrinnene. Spørreskjemaet for videregående skole var mest omfattende, men temaene som ble gjennomgått var de samme for både ungdomsskolen og videregående. Temaene i spørreskjemaet var:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bakgrunnsinformasjon • Økonomi • Kommunikasjon og sosialt samvær • Helse og trivsel

	<ul style="list-style-type: none"> • Psykisk helse • Plaging og mobbing • Tobakk, alkohol og rus • Mosjon og fritidsaktiviteter • Kropp og kosthold • Ulovlige handlinger • Seksuell erfaring • Helsetjenesten <p>Spørreskjemaene var på bokmål. De ble ikke oversatt til andre språk.</p> <p>Målinger Ingen målinger</p> <p>Biologisk materiale: Ingen biologiske materialer</p> <p>Gjennomførte undersøkelser siste 10 år: Datamaterialet for ungdomsskolen ble samlet inn i april-mai 2002. For videregående skole ble dataene innhentet våren og høsten 2002</p> <p>Planlagte undersøkelser: Ikke planlagt nye slike undersøkelser.</p> <p>Kommentarer: Se mer om helseprofilene på nettsiden til HELTEF: http://www.heltef.no/index.php?back=2&artikkelid=246</p>
<p>Helseprofil i Akershus</p>	<p>Oppdragsgiver: Oppdragsgiver var Akershus fylkeskommune.</p> <p>Databehandler: SSB sto for trekking og utsendelse av spørreskjema. HELTEF skannet spørreskjemaene optisk og klagjorde for videre analyse. Analyse og utforming av rapporter ble utført ved HELTEF.</p> <p>Formål: Rapporten er ment å danne et grunnlag for prioriteringer i arbeidet med helse i kommunene i Akershus. Den gir en basis for planleggingen av helsetjenester, for forebyggende og helsefremmende arbeid, og dokumenterer hvor befolkningen i hver enkelt kommune føler at skoen trykker.</p> <p>Utvalg og representativitet: Det ble sendt ut 12000 spørreskjema til et tilfeldig utvalg av innbyggerne i Akershus i alderen 16-80 år. I Bærum og Asker ble det trukket 1000 personer i hver kommune, ellers ble det trukket 500 personer fra hver kommune.</p> <p>Bruttoutvalget var 11734 personer. Av disse svarte 7697 personer. Svarprosenten var 69 for kvinner og 62 for menn.</p> <p>Datainnsamlingsmetode: Spørreskjemaet var på 8 sider. To uker etter utsending av brev og spørreskjema ble det sendt et takkekort med påminnelse om undersøkelsen. Etter ytterligere tre uker fikk de som ennå ikke hadde svart en ny påminnelse med spørreskjema.</p>

Bakgrunnsvariable som inntekt og utdanning ble koblet på av SSB før HELTEF fikk tilsendt en anonymisert fil.

Innhold i spørreskjema/intervju:

Spørreskjemaet ble utformet av HELTEF, men både helse- og sosialsjefene i kommunene, fylkeslegen i Akershus og aktuelle fagmiljø ble involvert i arbeidet.

Innhold i spørreskjema var:

- Bakgrunnsinformasjon
- Helse og trivsel (selvopplevd helse, kronisk sykdom, SF-36)
- Røykevaner og alkoholkonsum
- Mosjon og fysisk aktivitet
- Kosthold
- Spørsmål til yrkesaktive (reisevei, jobbtilfredshet, type arbeid)
- Helsetjenesten

Spørreskjemaene var på bokmål. Siden innvanderandelen i Akershus ikke er så høy ble ikke skjemaet oversatt til andre språk.

Målinger

Ingen fysiske målinger

Biologisk materiale:

Ingen biologiske materialer

Gjennomførte undersøkelser siste 10 år:

Spørreskjemaet ble sendt ut høsten 1998.

Planlagte undersøkelser:

Ikke planlagt nye slike undersøkelser.

Kommentarer:

Se mer om helseprofilen på nettsiden til HELTEF:

<http://www.heltef.no/filer/Helseprofil2000ny.pdf>

**Senter for forskning på helsefremmende arbeid, miljø og livsstil (HEMIL-senteret),
Universitetet i Bergen**

**Health Behaviour in
School-aged children
(HBSC)**

Oppdragsgiver:

Prosjektet er etablert og gjennomføres i samarbeid med Verdens helseorganisasjon (WHO).

Databehandler:

HEMIL-senteret og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Formål:

Helsevaner blant skoleelever. En WHO-undersøkelse i flere land (HEVAS) (Health Behaviour in School-aged Children. A Cross-National WHO study (HBSC)) er et internasjonalt forskningsprosjekt som har bygget opp en omfattende samling av data basert på komparative spørreskjemaundersøkelser blant landsrepresentative utvalg av 11, 13 og 15-åringer. I Norge deltar også 16-åringer i videregående skole. Den første undersøkelsen ble gjennomført i 1983/84 og 4 land deltok. Senere er den fulgt opp i 1985/86 (14 land), 1989/90 (17 land), 1993/94 (24 land), 1997/98 (29 land) og 2000/01 med 36 land eller regioner. Det siste datasettet vil bli stilt til disposisjon for andre akademiske miljøer i 2005. HEMIL-senteret ved universitetet i Bergen var med som en av de opprinnelige deltakerne i prosjektet og Norge har vært med i alle datainnsamlingsrundene. I perioden 1985–95 ble prosjektet koordinert fra Universitetet i Bergen. Verdens helseorganisasjon (WHO) er også med som deltaker i prosjektet.

Målsettingen med HBSC er å samle forskningsdata for å kunne studere og bedre forstå utvikling av selvrappertert helse, helse relatert adferd og livsstil hos ungdom i ulike land. I tillegg til den helse relaterte informasjonen som samles blir det samlet kontekstdata om individuell bakgrunn, skolesituasjon, familie og andre bakgrunnsforhold som kan bidra til å belyse selvrappertert helse og helseadferd. De som blir intervjuet er i alderskategoriene 11, 13 og 15 år. Data fra alle deltakerlandene blir integrert i en internasjonal fil av NSD.

Utvalg og representativitet:

Her i landet trekkes utvalget av skoleklasser som deltar fra en liste over alle barneskoler og ungdomsskoler i landet. Listen er ordnet etter fylke og etter kommunenummer innen fylkene. Man tar utgangspunkt i 8.- klassene og trekker hver n'te klasse, med et tilfeldig valgt startnummer mellom 1 og n. Fra 6. og 10. klasse tar man med de tilsvarende klassene. Alle elever i de uttrukne klassene inngår i undersøkelsen.

Elevene på de tre klassetrinnene (6., 8. og 10. klasse) var 11,5, 13,5 og 15,5 år gamle. I Norge deltok i tillegg elever fra 1. årstrinn i videregående skole.

For grunnskoleelevene var frafallet i 1997/98 på 21%. 15% skyldtes at klassen ikke deltok, mens 6% skyldtes enkeltelevers fravær. Totalt svarte 5026 elever på undersøkelsen i 1997/98. For den samme elevgruppen var frafallet i 2001/2002 på 22%. 12% skyldtes at klassen ikke deltok, mens 10% skyldtes enkeltelevers fravær. Totalt svarte 5023 elever på undersøkelsen i 2001/02. Blant 16-åringer deltok 2016 elever i 2001/02. Frafallet følger samme mønster som for grunnskoleelevene.

Datainnsamlingsmetode:

Undervisnings- og forskningsdepartementet har for samtlige av undersøkelsene

anbefalt prosjektet overfor skolestyrer og skoler. Etter at slike anbefalinger foreligger, rettes det en henvendelse til skolestyrene/oppvekstetaten i alle de kommunene som har skoler som er kommet med i utvalget. Når godkjenning fra skolestyrene foreligger, rettes det henvendelser til hver enkelt skole. Kort tid før undersøkelsen skal gjennomføres sendes spørreskjemaene sammen med introduksjonsbrev, foreldreorientering og instruks for gjennomføring til skolene.

Spørreskjema på 36 sider ble fylt ut i løpet av en skoletime. Datainnsamlingen gjennomføres etter en prosedyre som sikrer at ingen ved skolen vil kunne se elevenes svar. Elevene skal ikke skrive navn på skjemaene, og man benytter ingen kode som kan brukes til å identifisere enkeltelever. Elevene legger skjemaet i en utdelt konvolutt som de klister igjen før skjemaet leveres læreren. Skjemaene leses optisk, og tvilstilfeller sjekkes manuelt.

Til de skolene som ikke har svart etter fire uker, blir det sendt en purring, og disse skolene gis anledning til å gjennomføre datainnsamlingen etter den frist som opprinnelig ble satt.

Innhold i spørreskjema/intervju:

Spørreskjemaet er utviklet gjennom et samarbeid mellom alle land som deltar i prosjektet og pilot-testes i et utvalg land forut for hver datainnsamling. Det er også gjennomført test-retest-studier av spørsmålenes og skalaenes reliabilitet. En kjerne av spørsmål går igjen i alle undersøkelsene, mens andre deler av spørreskjemaet varierer.

Kjernespørsmål:

- Bakgrunnsvariable: Demografi, modning, sosial bakgrunn (familiestruktur, sosioøkonomisk status)
- Individuelle og sosiale ressurser; body image, family support, peers, school environment
- Helseadferd: Fysisk aktivitet, kosthold, røykevaner, rusmiddelbruk (alkohol og cannabis), seksuell adferd, vold, mobbing, skader
- Helseutfall (outcomes): Symptomer, tilfredshet med livet, selvrapportert helse, kroppsmasseindeks

I tillegg har enkelte land tilleggsspørsmål som er av interesse for dem nasjonalt.

Målinger

Ingen målinger

Biologisk materiale:

Ingen biologiske materialer

Gjennomførte undersøkelser siste 10 år:

Datainnsamlinger har funnet sted i 1993/94, 1997/98 og 2000/01.

Planlagte undersøkelser:

Undersøkelsene gjennomføres hvert fjerde år. Neste runde blir 2005/2006.

Internasjonalt samarbeid/forpliktelser:

Den norske undersøkelsen er en del av den internasjonale studien "Health Behaviour in School-aged Children. A WHO Cross-National Study (HBSC)" med 36 deltakende land og ca 160.000 skoleelever.

Kommentarer:

Kilder:

Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey / edited by Candace Currie ... [et al.]. WHO-rapport. Health Policy for Children and Adolescents ; No. 4.

Torsheim, T; Samdal, O; Wold, B og Hetland, J. (2004) Helse og trivsel blant barn og unge : Norske resultateter fra studien "Helsevaner blant skoleelever. En WHO-studie i flere land". HEMIL-rapport 3/2004.

Aarø, Leif E; Haugland, Siren; Hetland, Jørn; Torsheim, Torbjørn; Samdal, Oddrun og Wold, Bente. Psykiske og somatiske plager blant ungdom. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening 2001: 121 (25):2923-2927

<http://www.hbsc.org>

http://www.euro.who.int/eprise/main/who/mediacentre/pr/2004/20040603_1

**Universitetet i Bergen ved HALOS /
Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion vest**

**Barn i Bergen
– en undersøkelse av
mental helse og utvikling
hos barn i 2.-4. klasse**

Oppdragsgiver:

Universitetsforskning Bergen, ved HALOS / Regionsenter for barn og unges psykiske helse, er administrativt ansvarlig for gjennomføringen av prosjektet, inklusive håndteringen av data. Foruten prosjektleder professor Christopher Gillberg, består prosjektledelsen av professor Mikael Heimann og forsker Kjell Morten Stormark, førsteamanuensis/nevropsykolog Astri Lundervold og overlege/førsteamanuensis Einar Heiervang.

Undersøkelsen støttes bl.a. av Norges Forskningsråd, Universitetet i Bergen og Helse Bergen HF. Den gjennomføres med tillatelse fra Bergen kommune, Regionaletisk komite for medisinsk forskningsetikk, Helseregion Vest-Norge og Datatilsynet.

Databehandler:

HEMIL-senteret og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Formål:

Målet med Barn i Bergen-undersøkelsen er å få ny og bedre kunnskap om barns mentale helse og utvikling i Norge i dag. Vi trenger å vite mer om barns følelsesmessige utvikling, hvor mange barn som viser tegn til ulike problemer og hvordan de påvirker barnet i hverdagen – hjemme, i fritiden og på skolen. Dette er viktig for å kunne forebygge at barn får problemer og sikre at de får tidlig og riktig hjelp.

Utvalg og representativitet:

Første del av undersøkelsen, kartleggingen, omfattet i alt 9430 barn som gikk i 2.-4.klasse skoleåret 2002/03. Av de 9430 spørreskjema som ble delt ut til foreldrene kom nesten 75 prosent (n=6685) tilbake i utfylt stand. Så godt som alle lærerne svarte (n=9155). En parallell undersøkelse er samtidig blitt gjort i Sund kommune. Planen er å følge denne aldersgruppen med barn med slike undersøkelser frem til de blir voksne. Om to år planlegges en ny undersøkelse av de samme barna, som da vil gå i 5.-7. klasse. Dette vil gi oss svar på hvordan det går med barna, og hva som er viktig for at de skal få en god utvikling.

Antall deltakere i undersøkelsens andre og tredje fase:

Andre fase: I alt ca. 1500 barn vil delta i denne fasen.

Tredje fase: Det antas at ca 800 barn vil bli inkludert her.

Datainnsamlingsmetode:

Datainnsamlingen vil foregå i tre faser:

1. I første fase innhentes informasjon om barna ved et firesiders spørreskjema til foreldre og lærere. Skjema er satt sammen av ulike delskjema som er oversatt og tilrettelagt for studien, samt noen egenutviklede spørsmål. Foruten spørsmål om sterke og svake sider, er det spørsmål om barnets funksjon og kontakt med helsetjenesten

2. Andre fase består av et strukturert intervju med foresatte. Her inkluderes både barn hvor spørreskjema gir mistanke om problemer og barn der det ikke er slik mistanke.

3. I tredje fase inngår et utvidet diagnostisk intervju med foresatte, samt medisinske og psykologiske undersøkelser av barnet. Det brukes seks timer til intervju og prøvetaking på hvert barn som plukkes ut.

En slik grundig utredning av barna, vil foruten å gi ny kunnskap epidemiologisk, om metoder, om klassifikasjon og tjenestebehov, også gi muligheter for videre studier av risikofaktorer og sykdomsmekanismer (ved blant annet atferds-genetikk, fødselsregister, studier av hjerneutvikling). Ny datainnsamling i prosjektet er tenkt å skje med ca. 3-4 års intervaller opp til voksen alder for å studere forløp av symptomer og barnets funksjon. Omfanget av etterundersøkelsene vil bli vurdert etter første del av datainnsamlingen. Barn som viser seg å ha behov for behandling eller annen oppfølging vil bli tilbudt hjelp fra prosjektet med tanke på etablering og organisering av dette.

Innhold i spørreskjema/intervju:

Denne undersøkelsen kombinerer en bred befolkningsmessig kartlegging og grundig klinisk utredning. Organiseringen av undersøkelsen gjør det mulig å få svar på en rekke spørsmål omkring hvor hyppig ulike mentale problemer hos barn, hva som kjennetegner barn med slike vansker, hvordan de påvirker barnas funksjon, sterke og svake sider hos barn med ulike vansker, i hvilken grad er det sammenheng mellom ulike vansker, hva som er tidlige tegn på at de kan utvikle slike vansker, hvor sikkert og pålitelig slike vansker identifiseres på småskoletrinnet, og ikke minst hva er "normal" eller vanlig følelsesmessig utvikling hos barn i denne aldersgruppen.

Målinger

Ja

Biologisk materiale:

Ja

Gjennomførte undersøkelser siste 10 år:

Undersøkelsen startet med 1. fase skoleåret 2002/03.

Planlagte undersøkelser:

Oppfølging av de samme barna hvert 3.-4. år til de blir voksne.

Kommentarer:

Prosjektet har en samlet kostnadsramme på 10-12 millioner kroner. Grunnbevilgninger til lønn og drift fra Universitetet, Forskningsrådet og Helse Bergen HF utgjør her hoveddelen. I tillegg vil driftsutgifter til datainnsamling og organisering av oppfølging søkes finansiert fra andre offentlige og private kilder. Dette behovet anslås til omkring 3-4 millioner for at prosjektet skal la seg gjennomføre slik det er planlagt. For oppfølgingsstudiene må finansiering sikres når omfanget av disse er nærmere klarlagt. Norges Forskningsråd er søkt om en større driftsbevilgning for merkantil og vitenskapelig assistanse for perioden 2003-2005.

Kilde:

<http://www.uib.no/bib/>

Vernepliktsverket

Sesjon

Oppdragsgiver:

Forsvaret.

Databehandler:

Vernepliktsverket har ansvaret for sesjon.

Formål:

Målet med sesjon er å klassifisere de vernepliktige for førstegangstjenesten. Prøvene som tas og ønskene for hvilken type tjeneste man vil ha under førstegangstjenesten danner grunnlaget for hva den enkelte faktisk skal gjøre under tjenesten.

Utvalg og representativitet:

Alle gutter er pålagt å møte til sesjon ved innkalling. De som ikke møter blir møtt med straffereaksjoner. Tradisjonelt har alle norske menn blitt kalt inn til sesjon som 18-åringer, men fra og med 2003 blir alle norske gutter veiet, målt og intervjuet som 19-åringer. Fra neste år (2005) vil alle jenter i samme alder få et brev i posten med innkalling på samme måte som guttene. Men mens guttene har sesjonsplikt, blir det frivillig oppmøte for jentene. Ca 27000 gjennomførte sesjon i 2003.

Datainnsamlingsmetode:

Vernepliktsverket har seks klassifiseringsenheter som gjennomfører sesjon rundt om i landet.

Innhold i spørreskjema/intervju:

Utfylling av "Personlig stadfesting om helse".

Det registreres fødselsnummer, adresse, pårørende, statsborgerskap, konflikt med politi, hobbyer, sertifikat, språk, utdanning og yrkeserfaring.

Legeassistenten registrerer øyefarge, hårfarge, eventuelt briller/linser.

Det blir foretatt en psykologisk prøve som består av tre deler: Regneproblem, figurregler og ordlikhet. Meningen med prøven er å kartlegge "allment evnenivå".

Målinger

Legeassistenten måler hørsel, fargesyn, høyde og vekt. Det foretas en medisinsk vurdering av lege på grunnlag av informasjonen fra legeassistenten og eventuelle legeerklæringer. Det lyttes på hjerte og måles blodtrykk.

Biologisk materiale:

Urinprøve (undersøkes for glukose, protein eller blod i urinen)

Gjennomførte undersøkelser siste 10 år:

Løpende undersøkelser

Planlagte undersøkelser:

Løpende undersøkelser

Kommentarer:

Kilde:

<http://www.mil.no/felles/vpv/start/vpl/sesjon/article.jhtml?articleID=70201>

National Centre for Social Research

Health Survey of England (HSE)

Oppdragsgiver:

Department of Health

Databehandler/utførende instanser:

National Centre for Social Research and Department of Epidemiology, University College, London

Formål:

Årlig nasjonal overvåking med henblikk på råd til myndighetene. (Andel av befolkningen med spesifikke problemer/tilstander, risikofaktorer, kombinasjoner av flere risikofaktorer, forekomst i ulike demografiske grupper, overvåke i forhold til politiske mål, overvåke barns vekst/høyde.) Det er en "kjerne" som gjentas årlig, og i tillegg dekker en variabel visse helseproblemer som skifter fra år til år: hjerte-/karsykdommer (CVD), fysisk aktivitet, spisevaner, tannhelse, uførhet/ulykker, astma/atopi er nevnt.

Utvalg og representativitet:

Den del av befolkningen som lever i privathusholdninger. I 1991-92 var utvalget på 3000- 4000 personer. Fra 1993 til 1996 var det på 16000 for å kunne analysere i forhold til sosial ulikhet og helseregion.

Barn var med fra 1995 (4000 barn). I 1997 var utvalget 7000 barn + 9000 voksne, og i 1998 var det 4000 barn og 16000 voksne. I 2000 var det en undersøkelse av eldre i sykehjem (eldres helse var fokus det året).

Utvalg gjøres av husholdninger etter adresser. 74 % av inviterte husholdninger deltok i 2001, responsraten var 67 % hos voksne og 74 % blant barn.

Oversampling av minoritetsgrupper gjøres 2 ganger i hver 5-årsperiode (med tilsvarende reduksjon av majoritetsbefolkning). Flere årskohorter kombineres for å gi store nok utvalg i gruppene.

I utgangspunktet er data personidentifiserbare. Anonymisert fil er tilgjengelig for forskning.

Datainnsamlingsmetode:

Både HIS (health interview survey) og HES (health examination survey) gjennomføres. Personlig frammøte.

Innhold i intervju:

Generell helse, psykososiale indikatorer (inkluderer GHQ12 og social support), Røyking, alkohol, kost (frukt/grønnsaker)

Demografiske og sosioøkonomiske indikatorer, bruk av helsetjenester, resept-belagt medisin, vitaminer, nikotinerstatning

Målinger

Sykepleier måler: Blodtrykk, midjemål, hofte, lungefunksjon, spedbarns lengde og "demi-span", samlet spytt og tar blodprøver.

Høyde/vekt måles av intervjueren.

Når astma har vært i fokus har det vært målt lungefunksjon.

EKG har vært tatt når CVD har vært fokusert.

Biologisk materiale:

Blodprøver, spytt (analysert for total- og HDL-kolesterol, fibrinogen, hemoglobin, ferritin, CRP, cotinin (metabolitt av nikotin) i blod eller spytt).

Når astma har vært i fokus har det vært analysert på IgE.

Gjennomførte undersøkelser siste 10 år:

Årlig fra 1991

Planlagte undersøkelser:

Årlige undersøkelser, med gjentakelse av de spesielle tema hvert 5. år for å få trender

Kommentarer:

Rapporter og omtale på hjemmesiden:

www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/

KTL (National Public Health Institute), Finland

FINRISK

Oppdragsgiver:

KTL utfører oppdrag for Sosial- og helseministeriet

Databehandler:

KTL

Formål:

Overåking for forebygging og forskning

Utvalg og representativitet:

Utvalg: 25-64 år i 6 regioner (25-34, 35-44, 45-54 og 55-64: 250 personer i hver celle), 65-74 år (250 personer i hver celle) i 3 av regionene. De 6 regionene representerer et "mini-Finland". Utvalget skal være et representativt utvalg av den generelle befolkningen.

I siste undersøkelse i 2002 ble det innkalt ca 2000 fra hver av de 6 områdene pluss et tillegg av 500 eldre, totalt 13 500. Fremmøte: 70-80 %

Datainnsamlingsmetode:

Både HIS (health interview survey) og HES (health examination survey).

Spørreskjema og blodprøve.

Bruker spesialtrente team av sykepleiere, låner lokaler på lokale helsesentra, skoler og lignende (ikke hjemmebesøk).

Viktig: Det finnes i tillegg HIS om levevaner Disse gjøres årlig i befolkningen in "working age" og annethvert år blant eldre.

Innhold i FINRISKs spørreskjema (1997):

Helsestatus

Fysisk aktivitet

Røyking

Ernæring

Høyde- og vekt, tidligere vekt og vektendring, slanking

Parforhold,

Problemer på jobb og i familie

Synspunkter på helserelatert atferd

Takling av sinne, krav til seg selv

Alkoholbruk (mange spørsmål)

Kvinnespørsmål: Prevensjon, menstruasjon, fertilitet, østrogen, underlivsoperasjoner

Intervju:

Antall brødkiver siste 24 timer

Hvor mye fett på hver brødkive siste 24 timer

Bruk av aspirin og smertestillende

Tid siden siste måltid og hva dette måltidet besto i

Det har vært tilleggsundersøkelser med bl.a. 48-timers kostholdsrecall.

NB! HIS om levevaner, som er en postal undersøkelse, har spørsmål om kost, røyking, alkohol, fysisk aktivitet, tannhelse, selvpålevd helse, bruk av helse-tjenester og spørsmål relatert til kampanjer.

Målinger

Blodtrykk, puls, høyde, vekt, hofte, midje

I 1997 ble det gjort

- Funksjonsus av ledd/muskulatur etter sjekkliste
- Tannstatus, med sjekk av antall amalgam-fyllinger, andre fyllinger og trukne tenner.

Biologisk materiale:

Ikke-fastende blodprøve (analysert for total- og HDL-kolesterol, triglyserider, S-GT (leverfunksjonsprøve, relevant for alkoholskade), CRP).

Blod fryses for bruk til forskning.

Gjennomførte undersøkelser siste 10 år:

Etablert i 1972, gjennomført hvert 5. år, siste gang i 2002

Planlagte undersøkelser:

FINRISK gjøres hvert 5. år. Ny undersøkelse i 2007. Monitorering av barns helse planlegges.

Internasjonalt samarbeid:

KTL er sentrale i flere EU-prosjekter, bl.a. EHRM og samarbeider østover, spesielt med Estland.

Kommentarer:

For hver faglig område som dekkes av FINRISK er det etablert en forskergruppe på 8-12 personer. Det publiseres bl.a. deskriptiv epidemiologi (trender, sammenligning av områder med mer).

<http://www.ktl.fi>

US National Center for Health Statistics

National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)

Oppdragsgiver:

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), U.S. Department of Health and Human Services

Databehandler:

US National Center for Health Statistics (et senter under CDC)

Formål:

Monitorering av nasjonens helse i USA

Utvalg og representativitet:

Representativt for hele den ikke-institusjonaliserte befolkning i USA. Foregår kontinuerlig. De bruker husholdninger som enhet for utvelgelse og undersøker ca. 5000 hvert år (besøker 15 stater i året). Afroamerikanere og Hispanics blir vanligvis oversamlet. I 2003/2004 ble også ungdommer 15-19 år og personer over 60 år oversamlet. Svarprosent fra 65-90%.

Datainnsamlingsmetode:

Spørreskjemaer og intervjuer (hjemme), tre komponenter: Kjernespørsmål om familien, voksne og barn. Deretter undersøkelse og prøvetaking på mobile undersøkelsessentre.

Innhold i spørreskjema/intervju:

Helsestatus, helsetjenester og helseatferd med kostspørsmål.

Målinger:

Medisinsk fysisk undersøkelse (aldersavhengig), inkluderer en rekke målinger (blodtrykk, kroppsmasse, bentetthet, tannstatus, hørsel og syn, m.v.) Spesialintervjuer vedrørende mental helse. I den siste undersøkelsen ble også nye mål på fysisk form tatt i bruk.

Biologisk materiale:

Blod og urin samt vannprøver fra omgivelser.

Gjennomførte undersøkelser siste 10 år:

Har foregått kontinuerlig (lovbestemt) fra 1959.

Planlagte undersøkelser:

Vil fortsette. De har satt i gang en prosess for å revidere innholdet og spørreskjemaene for undersøkelsen i 2007-2008.

Kommentarer:

Meget god modell. Ressurskrevende. Høyt utdannet personell. Gir noen insentiver til deltakerne. Høy deltakelse.

<http://www.cdc.gov/>

Vedlegg 2: Data som må samles inn i helseundersøkelser

Datatilgjengelighet: E = data eksisterer, M = data mangler eller er svært vanskelig tilgjengelige

HIS: Health Interview Survey (X = data på indikator kan samles gjennom HIS)

HES: Health Examination Survey

LKU: Levekårsundersøkelsen i SSB

ESPAD: "European School Project on Alcohol and other Drugs"

HEMIL: Senter for forskning om helsefremmende arbeid, miljø og livsstil

SIRUS: Statens institutt for rusmiddelforskning

		Data-tilgjeng.	Spørreskj./intervju (HIS)	Spesialinnsaml (HES)	KOMMENTARER	KILDE
GR. 1	DEMOGRAFISKE OG SOSIOØKONOMISKE FAKTORER					
1.2	Sosio-økonomiske faktorer					
*	boligforhold (eierforhold, botetthet i boligen/ bokvalitet: støy, forurensning)	E	X		LKU/boforhold: Siste undersøkelser 1997, 2001, 2004.	LKU/SSB
GR. 2	HELSETILSTAND					
2.3	Sykelighet					
*	immunstatus meslinger	M			Bl.pr./spytt	
*	immunstatus røde hunder	M			Bl.pr./spytt	
*	immunstatus difteri	M			Bl.pr./spytt	
*	immunstatus tetanus	M			Bl.pr./spytt	
*	immunstatus kikhoste	M			Bl.pr./spytt	
*	immunstatus polio	M			Bl.pr./spytt	
*	immunstatus kikhoste	M			Bl.pr./spytt	
*	HbsAg-positive	M	X		Bl.pr.	
*	anti-HBV-positive	M	X		Bl.pr.	
*	anti-HCV-positive	M	X		Bl.pr.	
*	insidens av akutt gastroenteritt	M	X			
*	seksuelt overført infeksjon med Chlamydia trachomatis	M			Urinprøve	
*	kolonisering av meningokokker i halsen	M			Halspensel	
*	kolonisering av pneumokokker i halsen	M			Halspensel	

	Data- tilgjeng.	Spørreskj./ intervju (HIS)	Spesialinnsaml. (HES)	KOMMENTARER	KILDE
*	prevalens av diabetes, alle typer	X	Bl.pr	LKU/hu: ICD-koder i selvrappert sykdomsregistrering eller fra prekodet liste: har/har hatt diabetes (I LKU er det prevalens og ikke kumulativ prevalens som måles. Mangler måledata)	
*	demens, Alzheimer	X	Test	Vi kunne gis fra IPLOS fom 2006	
*	depresjon	X		LKU/hu: HSCL25 måler angst/depresjon og har vært brukt/brukes i SSBs helseundersøkelser. I tillegg, evt.: Nedstemt eller deprimerst siste 3 md. (varig el. tilbakevend.)	LKU/SSB
*	generell angstlidelse	X		Tror ikke det finnes noe eget på angst, HSCL måler angst/depresjon	
*	post-partum depresjon	X			
*	prevalens av psykiske lidelser		Dybdéint.		
*	migræne	X		LKU/hu: Hodepine eller migræne siste 3 md. (varig el.tilbakevend.)	LKU/SSB
*	barneastma	X	Spirometri?	Vi har noe data fra ISAAC, men dette er ikke landsrepresentative data (data fra Oslo)	
*	astma hos voksne	X	Test	LKU/hu: ICD-koder i selvrappert sykdomsregistrering eller fra prekodet liste: Har/har hatt astma/fallergi	LKU/SSB
*	alkoholrelaterte trafikulykker		Bl.pr.		
*	markotikarelaterte trafikulykker		Bl.pr.		
2.4	Selvopplevd og funksjonell helse				
*	egenvurdert helse	X		LKU/hu: Vurderer helsen sånn i sin alminnelighet	LKU/SSB
*	prevalens av kroniske sykdommer eller tilstander	X		LKU/hu: Sykdom eller lidelse av mer varig natur, noen medfødt sykdom eller virkning av skade	LKU/SSB
*	plaget av smerter i kroppen, egenvurdert	X		LKU/hu: Smerter i kroppen siste tre måneder (varige eller tilbakevend. plager)	LKU/SSB
*	begrensninger når det gjelder syn, hørsel, mobilitet, taleevne, biteevne, bevegelse	X	Test	LKU/hu: Uten vansker, eventuelt med bruk av briller/høreapparat, se vanlig tekst i aviser/høre hva som blir sagt i en normal samtale med minst to andre	LKU/SSB
*	kognitive begrensninger når det gjelder minne, læring, lesing, oppmerksomhet	X	Test	LKU/hu: konsentrere seg eller huske ting (Er disse spørsmålene gode nok? Her bør vi kontakte NOVA, som har et Mini-Norge med undersøkelser i relevante aldersgrupper)	
*	begrensning av vanlige aktiviteter, siste 6 måneder, helserelatert	X		I LKU 98 ble det spurt om man kan gå i trapper uten å hvile, om man bruker hjelpemidler (krykke, stokk...), innkjøp av dagligvarer og vask og rengjøring av bolig.	LKU/SSB
*	begrensninger i egenpleie (spising, påkledning, toalettbruk, vask etc)	X		LKU/hu: Kle av/på selv /daglig personlig hygiene	LKU/SSB
*	begrensninger av husholdningsaktiviteter (innkjøp, matlaging, klesvask, regnskap etc)	X		LKU/hu: Innkjøp av dagligvarer/vask og rengjøring av bolig/leiligh.	LKU/SSB
*	begrensninger i skole, arbeid, fritid, sosiale aktiviteter	X		LKU/hu: vansker med ... delta i fritidsaktiviteter, snakke med andre mennesker) begrensning i arbeidsevne (kun inntektsgiv. arbeid) pga. helseproblemer	LKU/SSB
*	Hjelpetrengende (spm til alle >67 år eller eldre med sykdom eller funksjonshemming)	X		LKU/hu: Er det noen i husholdningen som trenger ekstra stell, tilsyn eller hjelp til daglige gjøremål pga. varig sykdom, funksjonshemming eller høy alder	LKU/SSB
*	psykiske plager	X		LKU/hu: MHI-5 fra SF-36 Helserelatert livskvalitet. Psychological distress	LKU/SSB
*	psykisk velvære	X		LKU/hu: MHI-5 fra SF-36 positive mental health? (energy and vitality)	
*	lykke	X			
*	mestring	X		Egne spm. i LKU	LKU/SSB
*	vitalitet (SF-36)	X		LKU/hu: MHI-5 fra SF-36 positive mental health (energy and vitality)	LKU/SSB

		Data- tilgjeng.	Spørreskj./ intervju (HIS)	Spesialinnsaml. (HES)	KOMMENTARER	KILDE
*	funksjonshemming som følge av følelsesmessige problem (SF-36)	E	X		SF-36	LKU/SSB
*	skolefravær	M	X			
*	forekomst av utagerende atferd hos barn i 2 årsalder, i 4. klasse og i ungdomstrinnet	M	X	?		
*	antall barn med psykisk syke foreldre	M	X			
*	forekomst av psykiske problemer og lignende. Årsak til kontakt med allmenlegetj./kommunehelsetj.	M	X		LKU/ku: Konsultasjon/hjemmebesøk av vanlig lege; registrerer årsak til og resultat av kontakt	
GR. 3	RISIKO- OG BESKYTTENDE FAKTORER					
3.1	Personlige og biologiske faktorer					
*	kroppsmasseindeks	E	(X)	Høyde/vekt	LKU/ku: Selvrappoertert høyde og vekt	LKU/SSB
*	livvidde/hoftevidde	E		Måling	Tall for fem fylker 2000-2004 (Oslo, Hedmark, Oppland, Troms og Finnmark).	Folkehelse- instituttet (ingen flere planiagte)
*	blodtrykk, hypertensjon	E		BT		Folkehelse- instituttet (ingen flere planiagte)
*	totalt serum kolesterol	E		Bl.pr.		Folkehelse- instituttet (ingen flere planiagte)
*	HDL, LDL og triglycider	M		Bl.pr.		
*	fastende blodsukker	M		Bl.pr.		
*	HbA1C	M		Bl.pr.		
*	folat, vitamin D og jernstatus målt i serum	M		Bl.pr.		
*	jod og natrium målt i urin	M		Urinpr.		
*	osteoporose	M	X	Benttethet	LKU/ku: ICD-koder i selvrappoertert sykdomsregistrering eller fra prekodet liste: har /har hatt beinskjørhet/osteoporose. Mangler målte data	
*	spirometri - lungefunksjonsmålinger	M		Spirometri		
*	kotinin-målinger	M		Bl.pr.		
*	vekt	M		Vekt	Selvrappoertert i LKU. Mangler målte data.	
*	høyde	M		Høyde	Selvrappoertert i LKU. Mangler målte data.	
*	optimisme (livsholdning)	M	X		Ikke i SF-36 (her er det spurt spørsmål relatert til vitalitet)	
3.2	Helseatferd					

	Data- tilgjeng.	Spørreskj./ intervju (HIS)	Spesialinnsaml. (HES)	KOMMENTARER	KILDE
*		E	X	LKU/hu-omnibus	LKU- OMNIBUS/ SSB
	daglig røykere				
*		E	X	LKU/hu-omnibus – ble spurt i 2003 i hvert fall	LKU- OMNIBUS/ SSB
	tidligere røykere				
*		E	X	LKU/hu-omnibus – ble spurt i 2003 i hvert fall	LKU- OMNIBUS/ SSB
	aldri-røykere				
*		E	X	LKU/hu-omnibus: Hvor mange sigaretter røyker du gjennomsnittlig per dag	LKU- OMNIBUS/ SSB
	antall sigaretter/person				
*		E	X	LKU/hu – omnibus	LKU- OMNIBUS/ SSB
	av-og-til røykere (frekvens)				
*		E	X	LKU/hu	LKU/SSB
	alkohol: totalavhold				
*		E	X	LKU/hu	LKU/SSB
	alkohol: prosent alkoholbrukere med et høyt forbruk (+frekvens)				
*		E	X	SIRUS årlige spørreskjemaundersøkelse til et representativt utvalg ungdom i aldersgruppen 15-20 år. I tillegg samles data gjennom SIRUS' s norske del av de europeiske skoleundersøkelsene (ESPAD), 15-16 åringer.	ESPAD/ SIRUS
	alkoholbruk blant barn				
*		E	X	Forbruksundersøkelsene gir husholdningenes utgifter til alkohol pr. år. Gj.sn. 4600 kr til alkohol i perioden 2000-2002 eller 2,8% av forbruksutgiftene totalt pr husholdn. pr. år. Alkoholomsetning per år og per kvartal får man ellers fra SSB. For første gang ble det i 2003 omsatt så mye som over 6 l ren alkohol pr person i Norge. Tallene bygger på de månedlige avgjftsoppgavene som hver enkelt registrerte avgiftspliktige leverer til Toll- og avgiftsdirektoratet og registrert kontant import. Tallene omfatter ikke privatpersoners handel i utlandet.	Forbruksus./ SSB
	totalt alkoholkonsum				
*		E	X	SIRUS har såkalte Gallupundersøkelser om alkohol, som utføres av Markeds- og mediainstituttet. Utvalget på 2-3000 personer er landsdekkende. En del spm går på konsekvens av eget eller andres alkoholbruk. Siste und. 1991,1994,1999,2004. SSB: (LKU/bo): Siste 12 md. vært utsatt for vold/tyveri der gj.mann var påvirket av rusmidler	SIRUS
	andelen av befolkningen som oppgir at de er blitt utsatt for vold i forbindelse med egen eller andres bruk av alkohol				
*		?	X	SIRUS (se kommentar ovenfor)	
	andelen av befolkningen som oppgir at de har vært borte fra arbeid i forbindelse med alkoholforbruk				
*		?	X	SIRUS (se kommentar ovenfor)	
	andelen av befolkningen som oppgir at de har hatt en partner/ektefelle som drikker eller har drukket så mye at det gikk ut over familien				
*		E	X	SIRUS årlige spørreskjemaundersøkelse til et representativt utvalg ungdom i aldersgruppen 15-20 år.I tillegg samles data gjennom SIRUS' s norske del av de europeiske skoleundersøkelsene (ESPAD), 15-16 åringer.	ESPAD/ SIRUS
	narkotikabruk blant barn				
*		E	X	Omnibus 2004: Bruker du snus .. daglig, flere ganger i uken, men ikke hver dag, sjeldnere enn ukentlig	OMNIBUS/ SSB
	bruk av snus daglig/av og til				
*		E	X	Omnibus 2004: Hvor mange bokser snus bruker du per uke: halv boks 0.5, kvart boks 0.25, mindre enn en kvart boks	OMNIBUS/ SSB
	mengde snus per person				

		Data-tilgjeng.	Spørreskj./intervju (HIS)	Spesialinnsaml. (HES)	KOMMENTARER	KILDE
*	debutalder for snus	E	X		Omnibus 2004: Hvor gammel var du da du begynte å prøve ut snus?	OMNIBUS/SSB
*	bruk av avvenningsprodukter/sluttetilbud (nikotin, bupropion, kurs etc)	E	X		Omnibus 2004	OMNIBUS/SSB
*	holdninger til røyk i hjemmet	E	X		Omnibus 2003+2004: Uavhengig av barnets alder, får ingen lov til å røyke hjemme hos meg når det er barn til stede/Ingen får lov til å røyke hos meg	OMNIBUS/SSB
*	prosent energi fra fett	E	X	Dagbok/24 h recall	Fire nasjonale kostholdsundersøkelser blant henholdsvis barn, unge og voksne de siste ti årene (Ungkost, Norkost). Ikke kombinert med måling av helsedata.	SHdir
*	prosent energi fra mettet fett	E	X	Dagbok/24 h recall	Se over	SHdir
*	prosent energi fra raffinert sukker	E	X	Dagbok/24 h recall	Se over	SHdir
*	inntak av frukt utenom juice	E	X		Se over	SHdir
*	inntak av grønnsaker utenom poteter og juice	E	X		Se over	SHdir
*	inntak av fisk	E	X		Se over	SHdir
*	skolemat, frokost- og middagsvaner hos barn og unge i skolealder	E	X		Gjennsnittall måltider (fordelt på frokoster, lunsjer og middager) pr uke for 11, 13, 15 og 16-åringene.	HEMIL-senteret
*	fysisk aktivitet (tid, energibruk, frekvens)	E/M	X	Test	LKU/hu: Timer per uke i lettere fysisk aktivitet/ timer per uke i hard fysisk aktivitet. Bruk HEMIL for ungdomsdata. Ikke måledata	LKU/SSB
*	fysisk form (aerob kapasitet)	M		Test		
*	seksualatferd (partnere, frekvens)	E	X		Seksualvaner 1987, 1992, 1997, 2002. Svarprosent ca. 38%. Ikke stor skjevhet i frafallet.	SEKSUAL-VANEUS/Folkehelseinstituttet.
*	prevensjonsbruk (seksuell debut)	M	X			
*	brysternæring	E	X		Spedkost	Shdir
3.3	Forhold i hjemmet og i arbeidslivet					
*	eksponering for røyk innendørs (spes. barn)	E	X		Det er noe om dette i Omnibus om røyking fra 2003+2004.	OMNIBUS/SSB
*	innendørs radoneksponering	M		Måling	"Mange norske kommuner har gjennomført eller planlegger kartlegging av radon i inneluft. Opplysninger om hvilke radonundersøkelser som er gjort finnes i den enkelte kommune - f.eks. i etat for miljørettet helsevern eller teknisk hygiene. Radonkonsentrasjonene i inneluft i norske boliger har økt de siste 20 - 30 årene, og er ofte høyest i nyere boliger. Stor temperaturforskjell mellom inne- og uteluft, særlig om vinteren, kan skape et undertrykk, som kan bidra til økt innstrømming av radon."	
*	støyeeksponering	E	X	(Måling)	LKU/boforhold/Støy fra gate vei, fly, tog, bedrifter/bygg/anlegg. (ikke plagsom, litt, noe eller meget plagsom) Siste undersøkelser 1997, 2001, 2004.	LKU/SSB
*	mentale stressfaktorer i arbeidslivet	E	X		LKU/arb: Opplever daglig arbeidet som en psykisk påkjenning	LKU/SSB
*	sosial støtte	E	X		LKU/hu: fortrolige i Jutenfor familien - nettverk ved øk. eller følelsesmessige problemer	LKU/SSB

		Data-tilgjeng.	Spørreskj./intervju (HIS)	Spesialinnsaml. (HES)	KOMMENTARER	KILDE
*	social isolasjon	E	X		LKU/ ensomhet? kontaktfrekvens med foreldre/søsken, venner på bostedet , venner andre steder	LKU/SSB
*	voldserfaring	E	X		LKU/bo: vold, trusler, kriminalitet	LKU/SSB
*	seksuelt misbruk og voldserfaring	M	X		Ikke dekket i seksualvaneus.	
GR. 4	HELSETJENESTER					
4.1	Forebyggende helsetjenester					
*	mobbeprogram i skoler	M	X			
4.5	Kvalitet på helsetjenesten					
*	tilfredshet med helsevesenet	M	X		Finnes enkeltstående pasienttilfredshetsus.	
*	mødres tilfredshet med perinatal pleie	M	X			