

Nye tall om ungdom

Sosial ulikhet og trender i subjektiv helse og livsstil blant norsk ungdom i perioden 1985–2001

*Bente Wold, Torbjørn Torsheim,
Oddrun Samdal og Jørn Hetland*

Resultater fra en større internasjonal undersøkelse om subjektiv helse og livsstil blant ungdom tyder på at norsk ungdom i hovedsak er tilfredse med livet sitt, trives godt på skolen, og at mange er aktive i idrett. Andelen som røyker tobakk og bruker alkohol, er imidlertid høy, og en stor andel er lite fysisk aktive. Trenden er at stadig mer av fritiden blir benyttet til stillesittende skjermaktiviteter. Undersøkelsen viser at ungdoms subjektive helse, trivsel og atferd varierer med sosioøkonomisk status. Disse resultatene antyder at det ikke er tilstrekkelig bare å arbeide på et individ- eller nærmiljønivå innenfor sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid blant ungdom, men at tiltak også bør rettes mot kulturelle og samfunnsmessige forhold.

Selv om norsk ungdom generelt har god helse, representerer ungdomsperioden en livsfase hvor helse- og risikoatferd prøves ut. Studier viser at mange utvikler en helseskadelig livsstil i løpet av ungdomstiden, og at det er ganske vanlig at ungdom har psykosomatiske plager og mistriivsel (Haugland mfl. 2001; Klepp og Aarø 1997). I Stortingsmelding nr. 16 2002–2003 om befolkningens helsesituasjon understrekes et betydelig potensial for forebygging av både psykiske og fysiske helseplager blant ungdom. Det slås fast at det må satses mer på å forebygge psykososiale problemer blant barn og unge (blant annet rusmisbruk). Helseproblemer knyttet til økningen i gjennomsnittsvekten blir også prioritert, med vekt på betydningen av tiltak som kan styrke ungdoms fysiske aktiviteter og gode matvaner.

Denne artikkelen oppsummerer resultater fra det såkalte HEVAS-prosjektet («Helsevaner blant skoleelever. En WHO-undersøkelse i flere land.»). Prosjektet er del av en omfattende internasjonal undersøkelse om subjektiv helse og livsstil blant ungdom i alderen 11 til 16 år. Vi legger særlig vekt på å beskrive utviklingen i en del helserelaterede forhold blant norsk ungdom i perioden 1985 til 2001. I tillegg vil vi beskrive forskjeller i helse og livsstil mellom ungdom som har ulik sosioøkonomisk bakgrunn. Her rettes et særlig fokus på ungdoms opplevelse av livskvalitet og skolemiljø, og deres deltakelse i fritidsaktiviteter som fysisk aktivitet og bruk av TV og PC.

Bakgrunnen for å studere sosioøkonomiske forskjeller er en antakelse om at barn og unges levekår virker inn på ulike risikofaktorer, som igjen kan føre til helseproblemer (Mæland 1999). Flere undersøkelser har demonstrert omfattende sosiale ulikheter i helse og helsevaner, både blant ungdom og voksne (Mackenbach mfl. 1997; Starfield mfl. 2002). I Norge er dette blant annet demonstrert i forbindelse med rapporten om oslohelse, hvor det ble dokumentert betydelige helseforskjeller avhengig av folks sosioøkonomiske status (Rognerud og Stensvold 1998).

Resultatene som presenteres, er hentet fra den nasjonale (Torsheim mfl. 2004) og internasjonale (Currie og Roberts 2004) rapporten som baserer seg på data fra den foreløpig siste datainnsamlingen i undersøkelsen.

HEVAS-prosjektet

HEVAS-prosjektet er et samarbeidsprosjekt tilknyttet Europakontoret til Verdens helseorganisasjon, med 36 deltakende land fra Europa og Nord-Amerika. HEMIL-senteret ved Universitetet i Bergen (v/Oddrun Samdal) er ansvarlig for den internasjonale databanken i prosjektet. HEVAS-undersøkelsen har i Norge vært gjennomført seks ganger. En ny undersøkelse skal gjennomføres i skoleåret 2005/06. Tabell 1 viser opplysninger om tematikk og utvalg.

Dataene samles inn gjennom regelmessige (hvert fjerde år) spørreskjemaundersøkelser av barn og unge i flere land. Spørreskjemaet inneholder to deler: i) en kjernedel med fokus på helseatferd og subjektiv helse og ii) spesielle fokusområder. Fokusområdene skifter fra gang til gang, mens kjernedelen er den samme. Datainnsamlingen foregår på skolen. Lærerne gjennomfører datainnsamlingen etter en prosedyre som skal sikre deltakerne full anonymitet. Studiepopulasjonen består av elever i alderen 11, 13 og 15 år (i Norge: 6., 8. og 10. klasse i grunnskolen). I Norge er et representativt utvalg av 16-åringene som går på grunnskole i videregående skole, også med i de to siste undersøkelsene.

Tabell 1. Tema og nøkkeltall for HEVAS-undersøkelsene i Norge

HEVAS	Fokusområde	Elever	Klasser	Svarprosent
1985/86	Fysisk aktivitet	3955	218	86
1989/90	Sosial integrasjon	5037	271	90
1993/94	Skolen som arbeidsmiljø	4952	300	82
1997/98	Skolen som arbeidsmiljø	5026	288	79
	Sense of Coherence			
2001/02	Skolen som arbeidsmiljø	5023	278	78
	Sosial kapital			
	Livstilfredshet			

Måling av sosioøkonomisk status

Vår inndeling i sosioøkonomiske statusgrupper er basert på en materiell statusindikator som er utviklet i den internasjonale delen av prosjektet. Formålet med indikatoren har vært å skape et mål som kan brukes til sammenligning både mellom land og innen land (Currie mfl. 2002; Torsheim mfl. 2004b). Indikatoren er basert på spørsmål om familiens materielle velstand i forhold til

- hvor mange biler familien har (ingen, en, to eller flere)
- om respondenten har eget rom (ja, nei)
- hvor mange ganger respondenten har reist et sted på ferie med familien i løpet av det siste året (ikke i det hele tatt, en gang, to ganger, mer enn to ganger)
- hvor mange PC-er familien har i hjemmet

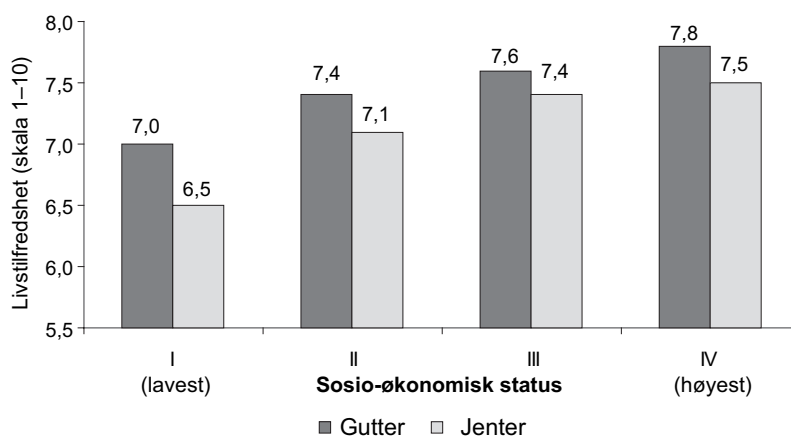
Basert på totalskåren på denne indikatoren kan ungdom plasseres i fire statusgrupper, hvor statusgruppe I har lavest status.¹

Ungdoms vurdering av sin livstilfredshet og trivsel

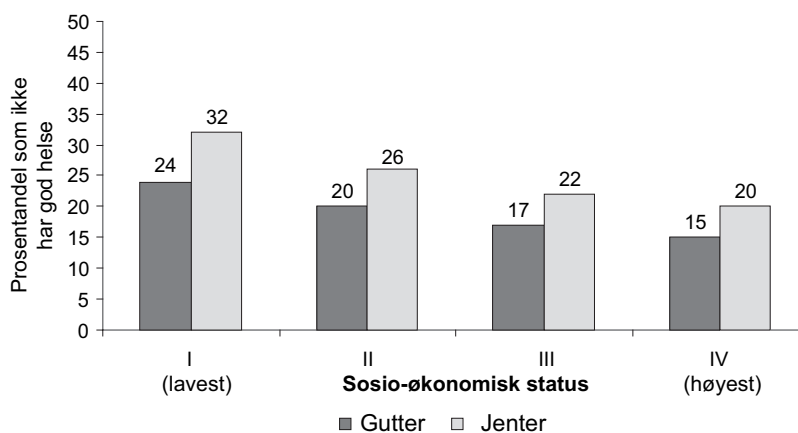
I den siste undersøkelsen, som ble gjennomført i 2001, ble ungdommenes subjektive livskvalitet målt ved at de ble bedt om å plassere livet sitt på en stige med ti trinn (Cantril-stigen). De fleste plasserte seg på trinn åtte og oppover (Torsheim mfl. 2004a). Dette er en viktig del av bildet når vi skal si noe om ungdoms helse og trivsel, ikke minst som en balanse i forhold til andre problemområder. Figur 1 antyder at det er en klar tendens til høyere livstilfredshet

jo høyere den sosiale status er. Gutter i statusgruppe I plasserte seg i snitt på trinn 7 på stigen, mens gutter i høyeste statusgruppe rapporterte et snitt på 7,8. Samme tendens finner vi i spørsmålet om helse, der andelen som opplevde helsen sin som mindre enn god, var høyest i statusgruppe I (figur 2).

Figur 1. Gjennomsnittlig livstilfredshet indikert ved plassering på 10-trinns Cantril-stige, hvor trinn 10 angir høyest mulig livstilfredshet og trinn 1 lavest, etter sosioøkonomisk status (gruppe I lavest status) og kjønn

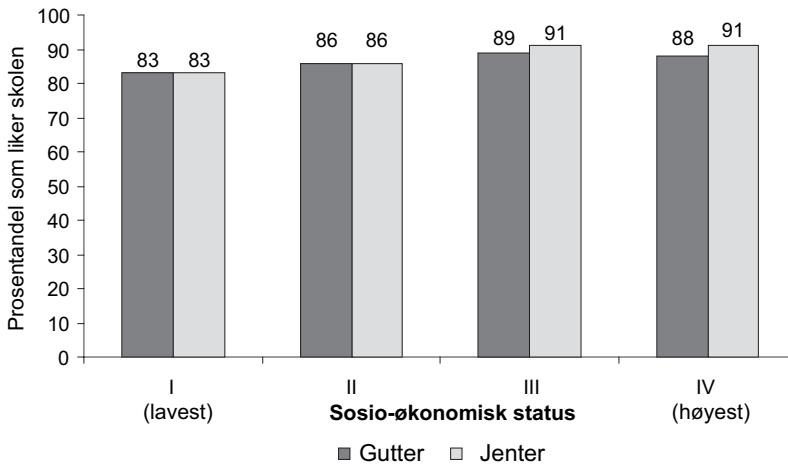


Figur 2. Prosentandel som rapporterer at de ikke har god helse, etter sosioøkonomisk statusgruppe og kjønn



Når det gjelder tilfredshet med skolen, viser figur 3 at det er en tendens for både gutter og jenter til at skoletrivsel er høyere jo høyere den sosiale status er. I den internasjonale sammenligningen ligger Norge øverst på skalaen når det gjelder antallet elever som rapporterer at de trives svært godt på skolen (Currie mfl. 2004). Alle aldersgrupper ser ut til å trives jevnt over godt på skolen (80–90 prosent svarte at de trives ganske godt eller svært godt på skolen). Det er en tendens til nedgang i ungdomsskolen, og økning på videregående skole. Fra 1989 til 2001 har elevenes rapportering av skoletrivsel vært relativt stabil, men med en økning blant 13- og 15-årige gutter (Torsheim mfl. 2004a).

Figur 3. Prosentandel som rapporterer at de liker skolen, etter sosioøkonomisk statusgruppe og kjønn



Høyt forbruk av tobakk og alkohol

Tobakksrøyking er den ledende årsak til tidlig sykkelighet og dødelighet i vestlige land (Murray og Lopez 1997). De fleste vanerøykere begynner å røyke før de er fylt 18 år (Surgeon General 1994). Jo lenger man utsetter røykedebuten, desto mindre sannsynlig er det at røyking skaper avhengighet. Til tross for at røyking først og fremst har alvorlige helsekonsekvenser på lang sikt, bekrefter nyere studier at røyking også har ugunstige helsekonsekvenser på kort sikt, inkludert redusert lungefunksjon, astma, redusert fysisk form og økt risiko for luftveisproblemer. I et livsstilsperspektiv opptrer også røyking sammen med andre former for risikoatferd, slik som alkoholbruk (Nutbeam

mfl. 1991; Aarø mfl. 1995). Alkoholbruk har en rekke akutte konsekvenser, blant annet økt risiko for ulykker og en rekke uønskede sosiale effekter som skolefravær, ubeskyttet seksuell aktivitet og hærverk (Wechsler mfl. 1994; Perkins mfl. 1998).

I perioden 1983 til 2001 har andelen dagligrøykere blant 15-åringene variert mellom 15 og 20 prosent. Andelen dagligrøykere i Norge ligger omtrent på samme nivå som i de fleste andre europeiske land, men betydelig over Sverige (Currie mfl. 2004). I 2001 svarte 20 prosent av de 15-årige norske jentene og 16 prosent av guttene at de røyker daglig, mot 14 og 6 prosent av de svenske 15-åringene. I likhet med undersøkelser fra andre vestlige land ser det ut til at en liten økning på 1990-tallet har stoppet opp i Norge. Resultatene fra 2001 viste en tydelig sosial gradient, i den laveste statusgruppen svarte 17 prosent av guttene og 21 prosent av jentene at de er dagligrøykere. I høyeste statusgruppe var det 11 prosent som røykte (Torsheim mfl. 2004a).

Alkoholkonsumet i 2001 var høyt om en sammenligner med tilsvarende målinger på 1980- og 1990-tallet, særlig blant 15-årige jenter (Torsheim mfl. 2004a). Øl er den mest populære alkoholholdige drikken blant ungdom i denne undersøkelsen, særlig blant gutter. Sammenlignet med andre land ligger imidlertid norske 13–15-åringene lavt på totalkonsum av alkohol. Det internasjonale gjennomsnittet for 15-åringene som oppgir at de drikker noe alkoholholdig minst én gang i uka i de 34 landene som er med i undersøkelsen, er 30 prosent, mot 20 prosent i den norske undersøkelsen (Currie mfl. 2004). Det ser ut til å ha vært en økning i alkoholkonsum på 1990-tallet, men denne økningen har ikke fortsatt i 2001.

Selv om norsk ungdom i internasjonal målestokk har et lavt alkoholkonsum, tyder resultatene på at de drikker mye alkohol når de drikker. Resultater fra den internasjonale rapporten viser at andelen som hadde vært beruset på grunn av alkohol, var relativt sett svært høy blant norske jenter. Norge er også et av de få landene hvor erfaring med det å være full er mer vanlig blant jenter enn blant gutter. Det var ingen klar sosioøkonomisk statusforskjell i totalkonsum av alkohol, men prosentandelen som rapporterte erfaring med å være full, var høyest i lavere statusgrupper (Torsheim mfl. 2004a).

Ungdom spiser mer usunn mat og mindre sunn mat

Ungdom som utvikler sunne kostholdsvaner, har større sannsynlighet for å opprettholde slike vaner i voksenalder, med lavere risiko for kroniske sykdommer relatert til hjerte- og karfunksjon, blodtrykk, kreft, sukkersyke og

osteoporose (Resnicow 1991). Gode kostholdsvaner reduserer på kort sikt risikoen for karies, blodmangel, veksthemning og overvekt. Regelmessige måltider er også viktig, det å ikke spise frokost reduserer læringsevne og konsentrasjon, og er forbundet med økt tretthet om formiddagen (Pollitt og Mathews 1998).

Andelen av jenter som sjelden spiser frokost og lunsj (skolemat), økte fra 1989 til 2001, det vil si at det er en tendens til at færre jenter spiser disse måltidene regelmessig (Torsheim mfl. 2004a). I 1989 var det 14 prosent av 13-årige jenter som svarte at de spiste skolemat 3 dager eller sjeldnere i uken, og i 2001 var denne andelen steget til 24 prosent. Resultatene tyder på en svak trend mot at ungdom i høyere statusgruppe spiser frokost og lunsj mer regelmessig, mens det ikke var forskjeller på hvor ofte de spiser middag.

Norsk ungdom i dag spiser mindre frukt og grønnsaker, enten vi sammenligner med data internasjonalt eller utviklingen i Norge de siste tiårene. Resultater fra den internasjonale rapporten i HEVAS-studien viser at Norge er blant den tredjedelen av europeiske og nordamerikanske land som rapporterer lavest inntak (Currie mfl. 2004). Jevnt over spiser jenter noe mer frukt enn gutter, men for begge kjønn er frukt- og grønnsakkonsumet i 2001 mindre enn én frukt og én grønnsak per dag. Barn og unge i Norge er således langt fra den nasjonale målsettingen om å spise fem frukter eller grønnsaker per dag. Inntak av søtsaker og brus har økt betraktelig siden 1985.

Det er også en negativ sammenheng mellom kosthold og alder; de eldre ungdommene konsumerer mindre frukt og grønnsaker og mer søtsaker og brus enn de yngre (Torsheim mfl. 2004a). Etter hvert som barn og unge blir eldre, bestemmer de i økende grad hva de ønsker å spise og drikke, og har også penger som de kan kjøpe produkter for. Reduksjonen i inntak av frukt og grønnsaker med økende alder kan derfor kobles til at foreldrene i mindre grad har innflytelse på hva barna deres spiser, og at ungdom selv ikke prioriterer å kjøpe eller spise disse produktene. Valg av hva en spiser, og når en spiser, kan således ses i sammenheng med økende grad av selvbestemmelse og løsriving fra foreldre, og hvilke produkter som er lett tilgjengelige for ungdom. Pris spiller en vesentlig rolle i denne sammenheng.

Store endringer i fritidsvaner

Fysisk aktivitet har en rekke veldokumenterte effekter, også blant ungdom. Ungdom som er fysisk aktive, har større aerobisk kapasitet, lavere blodtrykk og høyere psykisk velvære (Riddoch 1998). Videre er fysisk aktivitet i opp-

veksten viktig for yteevnen og helsen i unge år og senere, og bidrar til å forebygge hjerte- og karsykdom, hypertensjon, beinskjørhet, diabetes type 2, fedme og en rekke andre somatiske sykdommer (Riddoch 1998; SEF 2000).

Den kanskje viktigste langtidseffekten er imidlertid at aktivitet som ung også øker sannsynligheten for at man er aktiv i voksen alder (Malina 1996). En nyere norsk studie viser at den høyeste stabiliteten er knyttet til de som er minst aktive; de minst aktive i 13-årsalderen er også de som er minst aktive i begynnelsen av tjuårene (Anderssen mfl. under trykking).

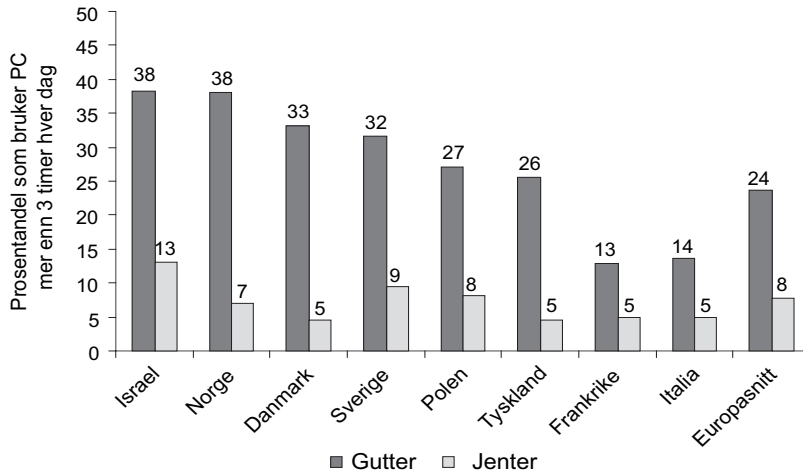
Flere studier viser dessuten at fysisk aktivitet henger sammen med andre positive helsevaner, som allsidighet i kosten, forsøk på å begrense forbruket av fett og sukker, inntak av vitaminer, jern og tran, ikke-røyking og god tannhygiene (De Bourdeaudhuij 1998; Nutbeam mfl. 1991; Aarø mfl. 1995).

Det har skjedd store endringer innen ungdoms fritidsbruk de siste 10 årene. En stor andel av norske barn og unge rapporterer fremdeles at de er mye med på fysiske aktiviteter i fritiden, men økningen i stillesittende skjermaktiviteter har vært formidabel. Tiden de bruker på slike aktiviteter (særlig PC blant gutter), har økt voldsomt for alle de tre aldersgruppene (tabell 2). Økningen er størst blant gutter, i 1989 brukte 15-årige gutter PC gjennomsnittlig mindre enn 2 timer per uke, i 2001 var tallet kommet opp i mer enn 16 timer. Den største økningen i bruk av PC har funnet sted etter 1997. Sammenlignet med tall fra den internasjonale undersøkelsen (Currie mfl. 2004) er norske gutter faktisk på 2. plass i ungdoms rapportering av PC-bruk, kun «slått» av israelske gutter (figur 2).

Tabell 2. Gjennomsnittlig antall timer per uke til bruk av PC i perioden 1989–2001 (estimert tid)

	1989	1993	1997	2001
Gutter				
11-åringer	1,6	2,1	2,8	10,2
13-åringer	1,9	2,4	3,7	15,1
15-åringer	1,4	2,1	4,0	16,9
Jenter				
11-åringer	0,4	0,9	1,1	5,3
13-åringer	0,3	0,8	1,1	6,2
15-åringer	0,2	0,4	0,8	6,0

Figur 4. Prosentandel som bruker PC hjemme 3 timer eller mer hver dag ukedagene etter land og kjønn. 15-åringene i 2001



15-åringene svarte i 2001 at de ser på TV gjennomsnittlig 15 timer hver uke, som er omtrent på samme nivå som ungdom i de 33 andre nasjonene i undersøkelsen (Currie og Roberts 2004). Det er verdt å merke seg at taket ser ut til å være nådd når det gjelder tid brukt til å se på TV, det har vært en nedgang i Norge fra 1997 i flere av undergruppene, særlig blant gutter. Det var svært marginale forskjeller i tid brukt til stillesittende aktiviteter som TV, PC og lekselesning for ulike sosioøkonomisk-status-grupper.

I Norge er idrett og fysisk aktivitet svært utbredt blant barn og unge, og nærmere 75 prosent av befolkningen har drevet med en eller annen form for organisert fysisk aktivitet i løpet av oppveksten. Undersøkelser tyder på at total fysisk utfoldelse blant barn og unge reduseres fra 5-årsalder til 17-årsalder (Ommundsen 2000; Sallis mfl. 2000). En longitudinell studie av ungdom i Hordaland viser at andelen som oppgir at de trener/mosjonerer, synker fra 13-årsalder til 21-årsalder (Anderssen mfl. under trykking).

I 2001 var det 73 prosent av 13-årige gutter og 68 prosent av jentene i samme alder som svarte at de trener eller mosjonerer 2 ganger eller mer hver uke utenom skoletid, og andelen aktive ser ikke ut til å ha forandret seg mye fra 1985 (tabell 3). Vi har laget et mål som summerer ungdoms aktivitet på ulike arenaer (på, utenfor, til og fra skolen og i fritiden) (Torsheim mfl. 2004a). Resultatene tyder på at en gjennomsnittlig norsk ungdom har et aktivitetsnivå som ligger under dagens norske anbefaling om

1 time fysisk aktivitet hver dag, og det er en betydelig andel barn og unge som rapporterer at de er svært lite fysisk aktive i fritiden. Det er en svak trend til at ungdom fra familier med høy sosioøkonomisk status hadde et høyere nivå av aktivitet utenom skoletid enn ungdom fra familier med lavere sosioøkonomisk status. For aktivitet relatert til skoletiden var forskjellene svært små. Når aktivitet i skoletid og fritid blir summert, viste det seg at elever i familier med lav sosioøkonomisk status var mer enn en time mindre aktive per uke enn elever i høyeste statusgruppe.

Tabell 3. Gjennomsnittlig antall timer per uke med fysisk aktivitet utenom skoletid i perioden 1985–2001

	1985	1989	1993	1997	2001
Gutter					
11-åringer	2,5	2,6	2,6	2,6	2,8
13-åringer	2,8	3,3	3,1	3,3	3,4
15-åringer	3,3	3,3	3,2	3,3	3,4
Jenter					
11-åringer	2	2,2	2,1	2,1	2,3
13-åringer	2,7	2,6	2,8	2,7	2,9
15-åringer	2,8	2,9	2,8	2,8	2,9

Sammenholdt med endringene i ungdoms TV- og PC-vaner tyder disse resultatene på en nærmest revolusjonerende endring i ungdoms bruk av fritid, særlig blant gutter. Det er verdt å legge merke til at dette skjer parallelt med en betydelig økning i andelen som er overvektige. I HEVAS-undersøkelsen foreligger ikke tall på hva ungdom tidligere benyttet tiden som de nå bruker til PC til, men det er nærliggende å tro at de var mer fysisk aktive en del av denne tiden. Tall fra undersøkelsen «Ung i Norge» tyder også på en klar nedgang i friluftsliv blant ungdom (Øia og Strandbu 2004). Sammenholdt med andre trender i samfunnet, som økt bruk av bil til skole og fritidsaktiviteter, er det derfor sannsynlig at dagens ungdom totalt sett er mindre fysisk aktive enn tidligere, noe som kan ses i sammenheng med økningen i overvekt.

Sosiale ulikheter i trivsel og risikoatferd

Et av de mest gjennomgående funnene i resultatene er at ungdoms helse, trivsel og atferd varierer med sosioøkonomisk status. Lav sosioøkonomisk status er forbundet med (Torsheim mfl. 2004a)

- lavere livstilfredshet
- lavere nivå av skoletrivsel
- lavere nivå av fysisk aktivitet i fritiden
- lavere forbruk av frukt og grønnsaker
- høyere sannsynlighet for dagligrøyking

Hver for seg er styrken på sammenhengene svake, men i sum representerer dette bildet en massiv overeksponering for risikofaktorer i lavstatusgruppen. Torsheim mfl. (2004b) fremhever at disse funnene er særlig interessante fordi ungdom har vært en understudert gruppe i forskning på sosial ulikhet i helse. En rådende antakelse har vært at ungdomstiden er en periode hvor sosioøkonomiske forskjeller utjevnes (West 1997), men i tråd med flere nyere studier (Goodman 1999; Starfield mfl. 2002) finner vi et systematisk mønster av minst like store forskjeller i risikofaktorer som i studier av voksne.

Resultatene viser at helsefremmende arbeid rettet mot subjektiv helse og livsstil blant ungdom bør ta hensyn til kulturelle og samfunnsmessige forhold. Det er ikke tilstrekkelig bare å arbeide på et individ- eller nærmiljønivå, fordi mange av de faktorene som påvirker ungdom, tydeligvis er av en mer strukturell karakter. Ungdom som kommer fra en lavstatusbakgrunn, utgjør dermed viktige målgrupper for tiltak.

Konklusjon

Resultatene fra denne undersøkelsen gir grunn til bekymring. Kombinasjonen av stillesittende atferd, økende forbruk av sukkerholdige produkter, økt forekomst av overvekt og sosial ulikhet i disse viktige risikofaktorene er en viktig utfordring for folkehelsearbeidet fremover.

Det er åpenbart at det blir stadig viktigere å komme på den banen der andre viktige aktører på dette feltet opererer, nemlig de som produserer og selger helseskadelige produkter til ungdom. Det er nærliggende å knytte økningen i ugunstig atferd og rapportert helse til produkter som tobakk, brus- og coladrikker, fast-food-måltider og konsum av TV-underholdning og PC-spill, og til all den markedsføring av produkter og livsstil som retter

seg mot dagens ungdom. Dersom en skal ha ambisjoner om å redusere omfanget av slik risikoatferd, vil det måtte innebære et tydeligere og mer effektivt arbeid for å motvirke de uheldige effektene av tilgjengeligheten av og populariteten til tobakks-, matvare- og underholdningsprodukter.

Noter

1. Alle estimat er gjort i Stata 8.2/SE, med direkte korreksjon for designeffekt av klyngeutvalg på klassenivå.

Referanser

- Anderssen, N., B. Wold og T. Torsheim (under trykking). Tracking of exercise in adolescence. *Research Quarterly for Exercise and Sport*.
- Currie C. m.fl. (red.) (2001). *Health Behaviour in School-aged Children: a WHO Cross-National Study (HBSC)*. Research Protocol for the 2001/2002 Survey. Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU), University of Edinburgh.
- Currie, C. m.fl. (red.) (2004). *Young People's Health in Context*. Copenhagen: World Health Organization. Health Policy for Children and Adolescents, Nr. 4.
- De Bourdeaudhuij, I. (1998). Behavioural factors associated with physical activity in young people. I: Biddle, S.J.H., J. Sallis og N. Cavill (red.) (1998). *Young and active? Young people and health-enhancing physical activity-evidence and implications*. London: Health Education Authority.
- Goodman, E. (1999). The role of socioeconomic status gradients in explaining differences in US adolescents' health. *American Journal of Public Health*, 89 (10):1522–8.
- Haugland, S. mfl. (2001). Subjective health complaints in adolescence – a cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*, 11 (1):4–10.
- Klepp, K.I. og L.E. Aarø (1997). *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mackenbach, J.P. mfl. (1997). Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. *Lancet*, 349:1655–59.
- Malina, R.M. (1996). Tracking of physical activity and physical fitness across the life span. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 67 (3):48–57.

- Murray, C.J.L. og A.D. Lopez (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349 (9063):1436–1442.
- Mæland, J.G. (1999). *Forebyggende helsearbeid – teori og praksis*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Nutbeam, D., L.E. Aarø og B. Wold (1991). The lifestyle concept and health education with young people. Results from a WHO international study. *World Health Statistics Quarterly*, 44:55–61.
- Ommundsen, Y. (2000). Kan idrett og fysisk aktivitet fremme psykososial helse blant barn og ungdom? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 120:3573–7.
- Perkins, D.F. mfl. (1998). An ecological, risk-factor examination of adolescents' sexual activity in three ethnic groups. *Journal of Marriage and the Family*, 60 (3):660–673.
- Pollitt, E. og R. Mathews (1998). Breakfast and cognition: an integrative summary. *American Journal of Clinical Nutrition*, 67 (4):804–813.
- Resnicow, K. (1991). The relationship between breakfast habits and plasma-cholesterol levels in schoolchildren. *Journal of School Health*, 61 (2):81–85.
- Riddoch, C. (1998). Relationships between physical activity and health in young people. I: Biddle, S., J. Sallis og N. Cavill (red.). *Young and Active?* London: Health Education Authority, s. 17–48.
- Rognerud, M. og S. Stensvold (red.) (1998). *Oslohelse. Utredningen om helse, miljø og sosial ulikhet i bydelene*. Oslo: Ullevål Sykehus.
- Sallis, J.F., J.J. Prochaska. og W.C. Taylor (2000). A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Med. Sci. Sports Exerc.*, 32 (5):963–975.
- SEF (Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet) (2000). *Fysisk aktivitet og helse. Anbefalinger*. Rapport nr. 2.
- Starfield, B. mfl. (2002). Social class gradients in health during adolescence. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56:354–361.
- Stortingsmelding nr. 16 (2002–2003). *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Oslo: Helsedepartementet.
- Surgeon General (1994). *Preventing tobacco use among young people: a report of the Surgeon General*. Atlanta: US Department of Health and Human Services.
- Torsheim, T., O. Samdal, B. Wold og J. Hetland (2004a). *Helse og trivsel blant barn og unge*. HEMIL-rapport nr. 3.
- Torsheim, T. mfl. (2004b). Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Social Science & Medicine*, 59:1–12.

- Wechsler, H. mfl. (1994). Health and behavioral consequences of binge-drinking in college – a national survey of students at 140 campuses. *JAMA*, 272 (21):1672–1677.
- West, P. (1997). Health inequalities in the early years: is there equalisation in youth? *Social Science and Medicine*, 44 (6):833–858.
- Øia, T. og Å. Strandbu (2004). Ungdom og tradisjonell bruk av naturen. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 2:33–53.
- Aarø, L.E., J.C. Laberg og B. Wold (1995). Health behaviour among adolescents: Towards a hypothesis of two dimensions. *Health Education Research*, 10 (1):83–92.

English summary

Social inequality and trends in subjective health and lifestyles among adolescents 1985–2001

The paper reports findings from a WHO cross-national survey on subjective health and lifestyles among children and adolescents. The findings suggest that young Norwegians in general are satisfied with their life, like school and take part in sports. However, the proportion of adolescents who smoke tobacco and drink alcohol is high, and a substantial proportion is physically inactive. The trends indicate that adolescents spend an increasing amount of their leisure time involved in sedentary behaviours such as watching TV and using computers. The study shows that subjective health, life satisfaction and health behaviours among young people depend on their socio-economical status. These findings imply that disease prevention and health promotion among young people need to consider cultural and societal conditions as well as interventions aimed at the individual and community level.