



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Masteroppgave 2020 30 stp
Fakultet for landskap og samfunn

Sosial ulikhet i helseatferd – blir ulikhetene større eller mindre?

En kvantitativ analyse av endring i
helseatferd i ulike sosioøkonomiske
grupper i Østfold fra 2011 til 2019

Karine Rødseth Holm
Master i folkehelsevitenskap

Forord

Med denne oppgaven avslutter jeg et fem år langt studieløp som masterstudent i folkehelsevitenskap på deltid. Det har med andre ord tatt lang tid, og medstudenter har kommet og gått, men det har vært en spennende og lærerik prosess. Det har alltid føltes fint å komme ut til campus på Ås. Med bakgrunn som sykepleier, har masterstudiet bidratt til å gi meg et bredere perspektiv på helse, og å løfte blikket fra det medisinske og ut mot samfunnet.

I møte med pasienter i ulike aldersgrupper har det slått meg hvor store ulikheter det er i helse. Selv om årsakene bak redusert helse er en kombinasjon av mange faktorer, så har jeg også blitt oppmerksom på at sosiale forhold kan være av stor betydning. Arbeidet med denne oppgaven har gitt meg en bedre forståelse for kompleksiteten i sosial ulikhet i helse, og hvor stor utfordring dette er i et folkehelseperspektiv.

Jeg vil rette en stor takk til min veileder Camilla Ihlebæk, professor ved NMBU, for god støtte gjennom hele oppgaveprosessen. Selve oppgavearbeidet har vært lærerikt, og samtidig utfordrende, og jeg har satt pris veldig på dine ærlige tilbakemeldinger, konstruktive råd og oppmuntrende ord. Takk for din fleksibilitet, og raske svar på mine mange spørsmål underveis.

Videre vil jeg takke Viken fylkeskommune for tilgang på data fra befolkningsundersøkelsene i Østfold. Takk til Anni Skipstein og Knut-Johan Rognlien ved Viken fylkeskommune, og Arve Negaard og Jo Ese ved HiØ, for et inspirerende seminar om Østfolds historie og utvikling i folkehelsearbeidet i fylket. Det gjorde oppgaven ekstra spennende å få jobbe med store datasamlinger fra Østfold.

Takk til pappa for hyggelig hjemmekontor gjennom høsten, og til Morten, Maika og mamma for korrekturlesing og innspill. Til slutt vil jeg takke til Simen for god støtte.

Oslo, desember 2020

Karine Rødseth Holm

Sammendrag

Bakgrunn: Til tross for at Norge anses som et egalitært samfunn, finner man store sosiale ulikheter i helse, og ulikhetene er økende. En av forklaringene for hvorfor sosial ulikhet fører til ulikhet i helse er helseatferdsforklaringen, der sosiale forskjeller i livsstil fører til ulikheter i helse. Helseatferd kan øke risikoen for de såkalte ikke-smittsomme sykdommer, som innebærer hjerte- og karsykdom, kroniske lungesykdommer, diabetes, psykiske plager og muskel-skjelettplager. Det er derfor behov for mer kunnskap om utvikling over tid for helseatferd i ulike sosioøkonomiske grupper.

Formål: Undersøke eventuelle endringer i livsstil (røyking, snusing, alkoholbruk, inntak av frukt og fysisk aktivitet) fra 2011 til 2019 i et utvalg av befolkningen i Østfold, og videre undersøke om disse eventuelle endringene varierte med sosioøkonomisk posisjon målt ved grad av utdanning.

Metode: Repetert tverrsnittstudie. Datamaterialet ble hentet fra befolkningsundersøkelser utført av Østfold fylkeskommune i 2011 og 2019. For å undersøke om det var en endring i livsstilsvariablene fra 2011 til 2019 ble log-binomiale regresjonsanalyser benyttet, og endring ble målt ved bruk av relativ risiko (RR). Materialet ble stratifisert på utdanning, kjønn og alder.

Resultater: For utvalget sett under ett ble det funnet nedgang i røyking og inntak av frukt, og økning i snusbruk, alkoholbruk og andel fysisk aktive. For alle livsstilsvariablene ble det funnet en sosial gradient, og forskjellene i forekomst av røyking, snusbruk og fruktinntak mellom høy og lav utdanning økte fra 2011 til 2019. Andelen som rapporterte inntak av alkohol to ganger i uken eller mer forble uendret for de med videregående og høyskole/universitets-utdanning, men økte for de med grunnskoleutdanning. Det var ingen endring for andel fysisk aktive for de med videregående og høyskole/universitet-utdanning, men i gruppen med grunnskoleutdanning var det en økning i andelen som var fysisk aktive.

Konklusjon: Det ble funnet sosiale forskjeller i helseatferd, og disse forskjellene økte fra 2011 til 2019 for røyking, snusbruk og fruktinntak. Den sosiale gradienten er særlig markant for røyking. Dette kan implisere at det er nødvendig med målrettede tiltak for å nå lavere sosioøkonomiske grupper i arbeidet mot sunnere levevaner. Enda viktigere kan det være å rette tiltak mot grunnleggende forskjeller i selve ulikhetsstrukturen. Økning i snusbruk og nedgang i frukt i kostholdet for befolkningen i Østfold er også uheldig utviklinger som bør få oppmerksom.

Abstract

Background: Despite Norway being considered as an egalitarian society, there are large social inequalities in health and those inequalities are increasing. One explanation for why social inequality leads to inequality in health is the health behavior explanation, where social differences in lifestyle lead to differences in health. Health behavior can increase the risk for non-communicable diseases. Hence, there is a need for a better understanding around the developments in health behavior over time across different socioeconomic groups.

Purpose: Study possible changes in lifestyle (smoking, snus and alcohol use, fruit intake and physical activity) from 2011 to 2019 in a sample of the population of Østfold county and further examine if these potential changes varied when taking into account different socioeconomic groups, which is measured by the level of education.

Method: Repeated cross-sectional study. The data analyzed stems from population surveys conducted by Østfold municipality in 2011 and 2019. To investigate if there had been any changes in the lifestyle variables from 2011 to 2019, log-binomial regression analyses were undertaken, and changes were measured using relative risk (RR). The data was stratified by gender, age and level of education.

Results: The analysis for the overall sample from 2011 to 2019 shows a decrease in smoking and in fruit intake and an increase in snus, alcohol use and physical activity. A social gradient was found for all lifestyle variables, and the differences in the incidence of smoking, snus use and fruit intake increased between higher and lower education. The proportion who reported alcohol consumption twice a week or more remained unchanged for those with upper secondary and college/university education and increased for those with primary school education. There was no change in the proportion of physically active people when it comes to those with upper secondary and college/university education, but for those with primary school education the proportion of physically active people increased.

Conclusion: Findings show social differences in health behavior, by level of education, and the differences increased from 2011 to 2019 in smoking, snus use and fruit intake. The social gradient is especially prominent when it comes to smoking. These findings may imply that targeted measures are needed to reach lower socioeconomic groups in the work towards healthier lifestyles. It might be even more important to target the fundamental differences within the structure of inequality. Decrease in fruit intake and increase in snus-use across the entire population are also unfortunate developments that requires action.

Tabelloversikt

- Tabell 1: Karakteristika for alle respondentene fordelt etter kjønn, aldersgrupper og utdanningsnivå i 2011 (N=14607) og 2019 (N=13661) s. 23
- Tabell 2: Antall (N) og andel (%) for de ulike svarkategoriene for livsstilsvariablene i 2011 og 2019. Forskjeller mellom gruppene er testet med kji-kvadrattester s. 24
- Tabell 3: Antall (N), andel (%) og RR for de som røyker (daglig eller av og til) i 2019 sammenlignet med 2011 fordelt på kjønn, alder og utdanning s. 26
- Tabell 4: Antall (N), andel (%) og RR for de som snuser (daglig eller av og til) i 2019 sammenlignet med 2011 fordelt på kjønn, alder og utdanning s. 28
- Tabell 5: Antall (N), andel (%) og RR for de som drikker alkohol to ganger i uken eller mer i 2019 sammenlignet med 2011 fordelt på kjønn, alder og utdanning s. 29
- Tabell 6: Antall (N), andel (%) og RR for de som spiser frukt minst to ganger i uken i 2019 sammenlignet med 2011 fordelt på kjønn, alder og utdanning s. 31
- Tabell 7: Antall (N), andel (%) og RR for de som driver med fysisk aktivitet i 2019 sammenlignet med 2011 fordelt på kjønn, alder og utdanning s. 32

Figuroversikt

- Figur 1: Modell for helsedeterminanter basert på Dahlgren og Whiteheads modell fra 1991 s. 5
- Figur 2: Grafisk fremstilling over endring i andel (%) som røyker fra 2011 til 2019 for de ulike utdanningsgruppene s. 25
- Figur 3: Grafisk fremstilling over endring i andel (%) som snuser fra 2011 til 2019 for de ulike utdanningsgruppene s. 27
- Figur 4: Grafisk fremstilling over endring i andel (%) som drikker alkohol to ganger i uken eller mer fra 2011 til 2019 for de ulike utdanningsgruppene s. 28
- Figur 5: Grafisk fremstilling over endring i andel (%) som spiser frukt minimum to ganger i uken eller mer fra 2011 til 2019 for de ulike utdanningsgruppene s. 30
- Figur 6: Grafisk fremstilling over endring i andel (%) som er fysisk aktive fra 2011 til 2019 for de ulike utdanningsgruppene s. 31

Innholdsfortegnelse

Forord	ii
Sammendrag	iii
Abstract	iv
Tabelloversikt	v
Figuroversikt	v
1 Innledning	1
2 Bakgrunn	3
2.1 <i>Folkehelse og folkehelsearbeid</i>	3
2.2 <i>Hva er helse?</i>	3
2.3 <i>Hva påvirker helsen vår?</i>	4
2.4 <i>Folkehelsen i Norge</i>	6
2.5 <i>Sosial ulikhet i helse</i>	7
2.6 <i>Forklaringsmodeller for sosial ulikhet i helse</i>	8
2.6.1 <i>Sosiale årsaksforklaringer</i>	8
2.6.2 <i>Integrerende perspektiver</i>	9
2.6.3 <i>Kausalmodeller</i>	10
2.7 <i>Livsstil som gir økt risiko for sykdom</i>	10
2.7.1 <i>Bruk av tobakk</i>	10
2.7.2 <i>Alkohol</i>	12
2.7.3 <i>Kosthold</i>	12
2.7.4 <i>Fysisk inaktivitet</i>	13
2.8 <i>Teorier relatert til helseatferd</i>	14
2.9 <i>Østfold</i>	15
3 Problemstilling og forskningsspørsmål	17
3.1 <i>Forskningsspørsmål</i>	17
4 Metode	18
4.1 <i>Studiedesign</i>	18
4.2 <i>Studiepopulasjon og utvalg</i>	18
4.3 <i>Datainnsamling</i>	18

4.4	<i>Spørreskjema</i>	19
4.4.1	Livsstilsvariabler	19
4.4.2	Sosiodemografiske variabler	20
4.5	<i>Dataanalyser</i>	21
4.6	<i>Etiske retningslinjer og vurderinger</i>	21
5	Resultater	23
5.1	<i>Demografi/karakteristika for utvalget</i>	23
5.2	<i>Livsstilsvariabler</i>	23
5.3	<i>Endring i livsstilsvariabler for de ulike utdanningsgruppene</i>	24
5.3.1	Bruk av tobakk – røyking.....	25
5.3.2	Bruk av tobakk – snus	26
5.3.3	Alkoholbruk	28
5.3.4	Kosthold/frukt	29
5.3.5	Fysisk aktivitet	31
6	Diskusjon	33
6.1	<i>Bruk av tobakk</i>	33
6.1.1	Røyking	33
6.1.2	Snusbruk.....	36
6.2	<i>Alkoholbruk</i>	37
6.3	<i>Inntak av frukt</i>	39
6.4	<i>Fysisk aktivitet</i>	40
6.5	<i>Metodediskusjon</i>	42
6.5.1	Valg av studiedesign og metode.....	42
6.5.2	Databehandling og statistiske tester	43
6.5.3	Validitet og reliabilitet	44
6.5.4	Generaliserbarhet og skjevheter i utvalget	45
7	Konklusjon	47
	Litteratur	48

Oversikt over vedlegg

Vedlegg 1: Østfold helseprofil 2011. Befolkningsundersøkelse om helsetilstand og miljøforhold i Østfold

Vedlegg 2: Oss i Østfold – om undersøkelsen 2019

1 Innledning

I Stortingsmelding 34 (2012-2013) «Folkehelsemeldingen – God helse – felles ansvar» blir det beskrevet tre mål for folkehelsearbeid Norge. Regjeringens mål er at Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder, befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse, trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller, og det skal skapes et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013b).

Folkehelsen i Norge er stort sett god, og på verdensbasis er vi blant de landene med høyest levealder (Folkehelseinstituttet, 2018e). Men til tross for at Norge er et land med veletablert og godt utbygget velferdssystem hvor blant annet lik tilgang til helsetjenester og utdanning står sterkt, finner man store sosiale forskjeller i helse, og disse forskjellene er økende (Folkehelseinstituttet, 2018e; Kinge et al., 2019; Strand et al., 2010). Det finnes ulike forklaringsmodeller for hvorfor sosial ulikhet fører til ulikhet i helse, og bildet er sammensatt. Én av forklaringene er helseatferdsforklaringen, som viser til at man ser ulik livsstil i ulike sosioøkonomiske lag, og at det er disse ulikhetene i livsstil som igjen fører til ulikheter i helse (Dahl, Bergli & Wel, 2014). Det er blant annet kjent at man finner en høyere andel røykere blant de med lavere utdanning (Lund & Lund, 2005).

Røyking, usunt kosthold, fysisk inaktivitet og skadelig alkoholbruk blir fremhevet som om de fire viktigste risikofaktorene for de såkalte «ikke-smittsomme» sykdommene (Folkehelseinstituttet, 2017). Ikke-smittsomme sykdommer er et stort folkehelseproblem, både i Norge og på verdensbasis, og er den viktigste årsaken til sykdomsbyrde og dødsfall (Folkehelseinstituttet, 2017; World Health Organization, 2020). Blant de ikke-smittsomme sykdommene finner man kreft, hjerte- og karsykdom, kroniske lungesykdommer, diabetes, psykiske plager og muskel-skjelettplager (World Health Organization, 2020), og alle disse sykdommene kan ha sammenheng med livsstil (Folkehelseinstituttet, 2018f; Koene, Prizment, Blaes & Konety, 2016). Norge har som mål å redusere for tidlig død som følge av ikke-smittsomme sykdommer med 33% innen 2030 (Folkehelseinstituttet, 2017). Et av de overordnede tiltakene i strategien for å nå dette, innebærer å «videreføre og forbedre befolkningsrettede tiltak for å forebygge bruk av tobakk, fremme sunne kostvaner og fysisk aktivitet, og hindre alkoholskader» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013c, s. 6).

Målet for denne studien var å undersøke endring i forekomst av tobakksbruk, alkoholbruk, kosthold (inntak av frukt) og fysisk aktivitet i befolkningen i Østfold fra 2011 til 2019, og om disse eventuelle endringene varierte med sosioøkonomisk posisjon, målt ved grad av utdanning. Som utgangspunkt for studien ble det brukt to befolkningsundersøkelser fra Østfold fylke. Østfold var, frem til fylkessammenslåing i 2020, blant de fylkene med lavest andel befolkning med høyere utdanning (Statistisk sentralbyrå, 2017). I tillegg viser undersøkelser at Østfold fylke har skåret dårligere enn landsgjennomsnittet på flere folkehelseparametere (Folkehelseinstituttet, 2019a), noe som gjorde Østfold til et interessant case for denne studien.

2 Bakgrunn

I bakgrunnsdelen vil det bli først bli gjort rede for begrepene folkehelse, helse og helse-determinanter, før det blir gitt en oppsummering av helsetilstand – og utfordringer i Norge i dag. Deretter vil ulike modeller for hvordan sosial ulikhet fører til helseforskjeller bli presentert. Videre følger en redegjørelse for ulike livsstilsfaktorer som gir økt risiko for sykdom, og noen teorier for helseatferd blir kort presentert. Til slutt presenteres bakgrunnsinformasjon om Østfold fylke, som dataene til denne studien er hentet fra.

2.1 Folkehelse og folkehelsearbeid

Folkehelse blir i folkehelseloven definert som «befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning» (Folkehelseloven, 2011). Folkehelsearbeid innebærer både helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot befolkningens helse. Organisert arbeid for å forebygge sykdom og fremme helse har foregått siden midten av 1800-tallet, blant annet gjennom opplysningsarbeid innen hygiene og ernæring, vaksinasjonsarbeid og helsekontroller. Folkehelsearbeidet har utviklet seg fra å hovedsakelig omfatte sykdomsforebyggende tiltak, til å etterhvert å ha mer fokus på helsefremmende arbeid (Mæland, 2015). I 1986 hadde man den første internasjonale konferansen om helsefremmende arbeid, «Ottawacharteret». Der ble helsefremmende arbeid beskrevet som arbeid som ikke bare er rettet mot å styrke individets kunnskap og ferdigheter, men også arbeid rettet mot sosiale, miljømessige og økonomiske forhold som påvirker folkets og individets helse (Naidoo & Wills, 2009). I Norge fikk man i 2011 Lov om folkehelsearbeid som trådte i kraft i 2012 (Folkehelseloven 2011). Folkehelseloven bygger på videre på den helhetlige tankegangen fra «Ottawacharteret», med prinsippet «helse i alt vi gjør» (health in all policies) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Loven fastsetter at folkehelse er et ansvar i alle sektorer, ikke bare helsesektorene. Og ansvaret ligger på alle forvaltningsnivåer, det vil si kommunen, fylkeskommuner og statlige myndigheter. Folkehelseloven bygger også på fire andre grunnprinsipper for folkehelsearbeidet. Det er prinsippene om å utjevne sosiale helseforskjeller, bærekraftig utvikling, føre-var prinsippet og medvirkning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

2.2 Hva er helse?

Helse (stammer fra ordet hel) er et bredt begrep, og kan forstås og tolkes på ulike måter, avhengig av kontekst, kultur og individuell oppfatning (Naidoo & Wills, 2009). I 1946 kom

Verdens helseorganisasjon med en definisjon som beskriver helse som «fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velbefinnende, ikke bare fravær av sykdom og svakhet» (World Health Organization, 1946). Denne definisjonen er i etterkant blitt utsatt for mye kritikk, da en slik beskrivelse av helse kan virke utopisk (Mæland, 2015). En definisjon på helse som er ofte benyttet i Norge, er Peter Hjorts definisjon: «helse er å ha overskudd til hverdagens krav» (Hjort, 1982). Hjort beskriver helse som en ressurs i hverdagslivet, og presiserer at helse ikke er noe man får, men noe man må jobbe med og kjempe for. Denne definisjonen på helse er mer individuelt tilpasset, da det baser seg på å mestre individets egen situasjon og hverdag (Hjort, 1982).

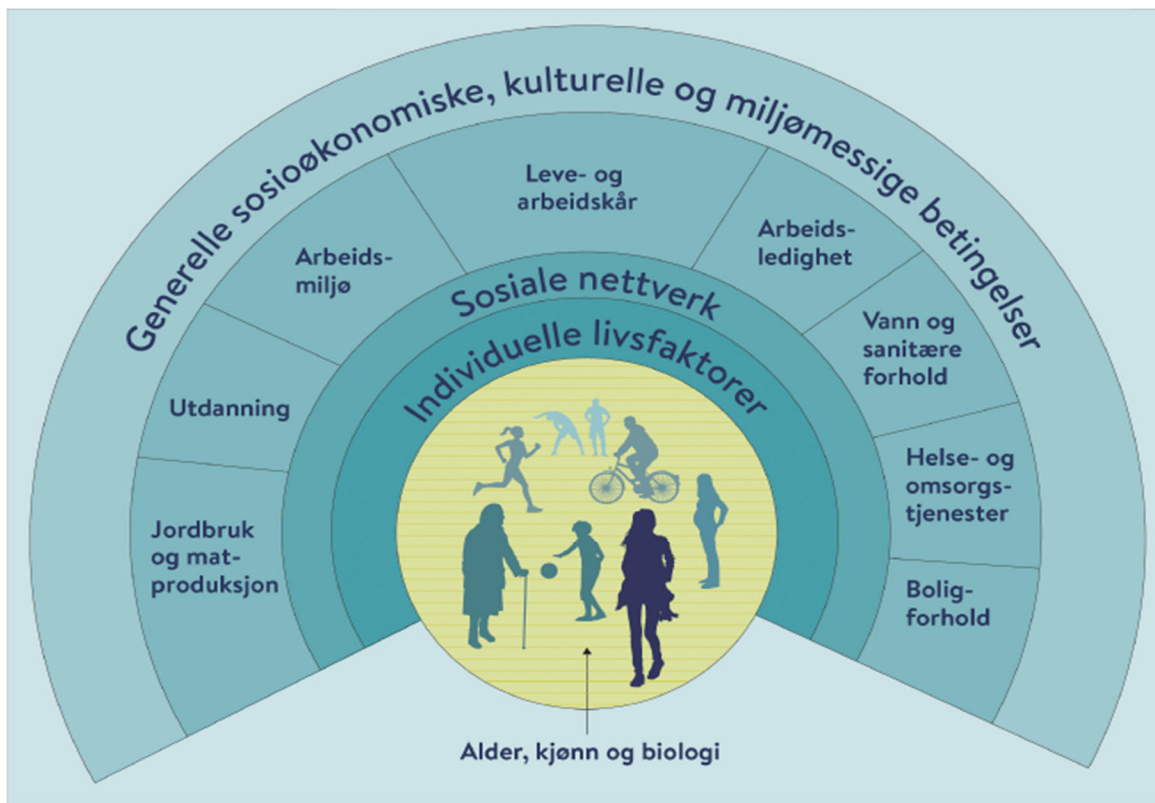
Innen tradisjonell medisin har helse ofte vært forbundet med *fravær av sykdom*. Dette anses som en negativ tilnærming av helsebegrepet (Mæland, 2015). En annen tilnærming av helsebegrepet er å se på helse som en *ressurs*. Her blir helse forbundet med robusthet, styrke og motstandskraft, og vil blant annet fungere som motstand mot sykdom og påkjenninger man møter på gjennom livet (Mæland, 2015). En tredje tilnærming til helsebegrepet er å se på *helse som velbefinnende*. Denne definisjonen beskrives helse som et opplevd velvære, og forbindes gjerne med å være aktiv og ha gode relasjoner. Helse som velbefinnende kan oppleves til tross for sykdom (Mæland, 2015). De to siste perspektivene ansees som positive tilnærminger til helse, og samsvarer med hvordan store deler av befolkningen oppfatter helse (Fugelli & Ingstad, 2001). Helse som velbefinnende er også tett assosiert med begrepet livskvalitet, som omfatter både subjektive opplevelser som glede og mening og mer objektive forhold som frihet, trygghet og muligheter for utvikling (Nes et al., 2020).

Folkehelsearbeid baserer seg på den positive tilnærming til helse, og tar utgangspunkt i det som kalles en sosial modell på helse (Naidoo & Wills, 2009). Den sosiale modellen ser på helse i et helhetlig (holistisk) perspektiv, og hvor helse oppfattes som et produkt av sosiale, biologiske og miljømessige faktorer.

2.3 Hva påvirker helsen vår?

En modell som er mye brukt i litteraturen for å systematisere og illustrere de ulike påvirkningsfaktorene for helse er Dahlgren og Whiteheads modell fra 1991 (Figur 1). Denne modellen illustrerer lagvis hovedgrupper av faktorer som påvirker helsen. Ytterst har man strukturelle faktorer som generelle sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige betingelser.

Det nest ytterste laget består av materielle og sosiale forhold som påvirker leve- og arbeidskår. Neste lag omfatter det sosiale nettverket, som familie, venner og lokalsamfunn. Innenfor der finner man laget for individuelle livsfaktorer som hva man spiser, om man røyker, trener og lignende. Innerst i figuren finner man også individuelle og arvelige faktorer som kjønn, alder og biologi (Dahlgren & Whitehead, 1991).



Figur 1 Modell for helsedeterminanter basert på Dahlgren og Whiteheads modell fra 1991 (Figur hentet fra Folkehelseforeningen (Lyshol, 2020)).

De ulike faktorene som påvirker helse, også kalt helsedeterminanter, kan enten være truende for helse, helsefremmende, eller beskyttende for helsen (Dahlgren & Whitehead 1991). Eksempler på helsedeterminanter kan være farlig skolevei, gode venner, alkoholvaner, høyt arbeidspress, nærhet til marka, økonomisk frihet, gratis utdanning og skattelegging av varer. Ved å systematisere de ulike helsedeterminantene i en modell som over, kan det bidra til å gi kunnskap om hva man bør ta tak i helsefremmende og forebyggende arbeid med helse. Avhengig av hva man ønsker å påvirke så kan man gripe inn på ett eller flere lag, men som figuren viser så legger politiske beslutninger og økonomiske forhold mye føringer for lagene innover (Dahlgren & Whitehead, 1991; Mæland, 2015). Et eksempel på det er Tobakkskadeloven (Tobakksskadeloven, 1973) (nivå 1), som påvirker tilgjengelighet for å ta seg en røyk på grunn av røykfrie soner (nivå 2), som igjen kan påvirke aksept for røyking i

vennegjengen (nivå 3), som til slutt kan påvirke individet til å slutte å røyke (nivå 4) (M. Lund, Lund & Halkjelsvik, 2014).

2.4 Folkehelsen i Norge

Folkehelsen i Norge er stort sett god, og på verdensbasis er vi blant de landene med høyest levealder (Folkehelseinstituttet, 2018b). De nyeste tallene for Norge viser at forventet levealder for kvinner er 84,7 år og forventet levealder for menn er 81,2 år (Statistisk sentralbyrå, 2020b)

Går man tilbake til perioden rundt 1900-tallet, var det fattigdomsrelaterte sykdommer som infeksjoner og feil- og underernæring som preget folkehelsen i Norge. Bedre levekår, hygiene og kosthold, bidro til en tilbakegang av disse sykdommene. Etter hvert ble det også utviklet en rekke vaksiner som bidro til å utrydde flere alvorlige barnesykdommer. Fra rundt 1950 tallet fikk man en ny bølge av folkehelsesykdommer, denne gangen de såkalte livsstilssykdommene. Dette innebar hovedsakelig hjerte- og karsykdommer, lungesykdommer og kreft. Frem til 1970 var denne bølgen stigende, hvor røyking og usunt kosthold (kolesteroløkende fett) fikk mye skylden for denne utviklingen. Dødeligheten for livsstilssykdommene har siden 1970 gått mye tilbake. Man ser særlig en nedgang innen hjerte- og karsykdommer hos menn, som skyldes forebygging, endring i levevaner og nye behandlingsmuligheter (Mæland, 2015; Nordhagen, Grøholt, Graff-Iversen & Major, 2014). Forventet levealder i Norge har økt kraftig gjennom 1900-tallet, og i dag skjer de aller fleste dødsfall i høy alder. Økning i forventet levealder de siste tiårene har sterk sammenheng med redusert dødelighet i hjerte- og karsykdommer (Folkehelseinstituttet, 2018e), og i 2017 gikk hjerte- og karsykdommer fra å være den vanligste dødsårsaken i befolkningen over lang tid, til å bli den nest vanligste. Kreft gikk i 2017 forbi hjerte- og karsykdommer som den vanligste dødsårsaken i Norge (Folkehelseinstituttet, 2019c) Antall kreftrelaterte dødsfall har gått noe ned, mens dødsfall relatert til lungesykdommer og voldsomme dødsfall (ulykker, drap og selvmord) holder seg stabilt (Folkehelseinstituttet, 2019c).

Folkehelse handler ikke bare om hva som tar liv, men også tap av helse og livskvalitet. Folkehelseinstituttet gjorde i 2018 en analyse over sykdomsbyrde og risikofaktorer i Norge, basert på *The Global Burden of Disease Project*. Blant voksne under 75 år er noen av de

vanligste årsakene til tap av år med «perfekt» helse (DALY¹) kreft, psykiske lidelser og ruslidelser, muskel- og skjelettsykdommer og hjerte- og karsykdommer. I tillegg kommer også diabetes og kroniske respiratoriske sykdommer høyt oppe på lista (Folkehelseinstituttet, 2018f). Utfordringene relatert til muskel- skjelettlidelser og psykiske lidelser gjenspeiles i tall over sykefravær blant voksne i yrkesaktiv alder, da dette er de to vanligste årsaken til sykefravær (NAV, 2020). De fleste av disse ikke-smittsomme sykdommene er assosiert med livsstilsfaktorer som for eksempel røyking, inaktivitet, og usunt kosthold (Folkehelseinstituttet, 2017). Ved å få til en sunnere livsstil i befolkningen vil man derfor kunne redusere risiko for disse sykdommene og redusere kostnader disse medfører for den enkelte og for samfunnet (Ding et al., 2016; Kinge, Sælensminde, Dieleman, Vollset & Norheim, 2017; Renzella et al., 2018). Man ser også tydelige *sosiale forskjeller* i forekomst, dødsfall og prognoser relatert til de nevnte sykdommen (Dahl et al., 2014; Elstad, Hofoss & Dahl, 2007; Folkehelseinstituttet, 2018f; Kinge et al., 2019; Strand et al., 2010)

2.5 Sosial ulikhet i helse

En av de store folkehelseutfordringene i Norge er sosial ulikhet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Sosial ulikhet i helse handler om systematiske helseulikheter med utgangspunkt i sosial og økonomisk posisjon, ofte definert etter utdanning, yrke eller inntekt (Arntzen, 2009; Sosial- og helsedirektoratet, 2005). I Norge ble sosial ulikhet i helse dokumentert allerede på 1800-tallet av samfunnsforskeren Eilert Sundt: «...der er mere af sygdom og sygelighet inden fattigbefolkningen end blandt i de øvrige samfundsklasser...» (Strand & Næss, 2007, s. 74). Ulikheten i helse på den tiden kan tenkes å ha sammenheng med ulikhet i levekår, hygiene, ernæring og andre materielle faktorer. Med økt velferd og bedring i levekår og materielle goder, var det naturlig å anta at man ville få en reduksjon i den sosiale ulikheten i helse (Strand & Næss, 2007). The Black Report som ble lagt frem av Helsedepartementet i Storbritannia i 1980, viste derimot at klasseforskjellene i dødelighet hadde økt etter krigen (Townsend & Davidson, 1982). I Norge fikk man nytt fokus på sosial ulikhet i helse etter at Mackenbach et al. (1997) viste at Norge og Sverige var blant landene i Europa som kom dårligst ut når det gjaldt sosial ulikhet. Dette var uventet, da både Norge og Sverige er egalitære velferdsstater, noe som skulle tilsi en likere fordeling av goder og

¹ Disability-adjusted life years/helsetapsjusterte leveår

tjenester. Mackenbachs artikkel bidro til økende interesse for forskning på sosial ulikhet i Norge (Strand & Næss, 2007), og i 2007 fikk man en egen stortingsmelding om en nasjonal strategi for å redusere sosiale helseforskjeller (Meld. St. 20, 2006-2007). Dette var den første nasjonale strategien som var eksplisitt rettet mot sosial ulikhet i helse (Giæver & Torgersen, 2009; Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

Til tross for høy forventet levealder ser man at de sosiale forskjellene i forventet levealder i Norge øker (Kinge et al., 2019; Strand et al., 2010). Kvinner og menn med høyest utdanning lever 5-6 år lengre enn de med kortest utdanning, i tillegg til å ha generelt bedre helse (Folkehelseinstituttet, 2018e). De sosiale ulikhetene i helse tegner også en tydelig gradient i befolkningen, hvor helsen er bedre for hvert trinn man stiger på den sosioøkonomiske stigen (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

2.6 Forklaringsmodeller for sosial ulikhet i helse

Som beskrevet tidligere, blir helse påvirket av de ulike helsedeterminantene. Men hva er det som gjør at sosial ulikhet har så stor betydning på folkehelsen? Det finnes ulike forklaringsmodeller som tar for seg hvilke mekanismer som ligger til grunn for de sosiale helseulikhetene. Innen forskning på helseulikhet er det *sosiale årsaksforklaringer* som har dominert, men man har også modeller som fokuserer på mer *integrerende perspektiver* eller *kausallmodeller* (Dahl et al., 2014).

2.6.1 Sosiale årsaksforklaringer

Sosiale årsaksforklaringer kan deles i opp i undergrupper, hvor de viktigste årsaksforklaringene tar utgangspunkt i *materielle forklaringer*, *helserelatert atferd*, *psykososiale forklaringer* og *fundamentale årsaker*. Det er flytende overganger mellom disse forklaringene, hvor en teori kan fungere som indirekte forklaring i en annen teori (Dahl et al., 2014).

Materielle forklaringer handler om hvordan individet blir eksponert for biologiske, kjemiske og fysiske belastninger hjemme, på jobb eller i nærmiljøet (Dahl et al., 2014). Det kan dreie seg om tilgang til basisressurser som mat, vann varme og hvile, eller andre faktorer som dårlig luftkvalitet, støv og tunge løft på arbeidsplassen. I Norge i dag kan man gå ut ifra at denne forklaringen ikke har like stor betydning som denne ville hatt for hundre år siden, men man

ser likevel sosiale ulikheter i mulighet for materielle goder som for eksempel bruk av vaskehjelp og private helsetjenester (Dahl et al., 2014).

Helseatferdsforklaringen baserer seg på at man ser ulik atferd og livsstil hos ulike sosioøkonomiske grupper (Dahl et al., 2014). Det finnes ulike teorier på hva som ligger bak dette fenomenet, men det baserer seg blant annet på den sosiale strukturen og de sosiale normene som eksisterer innen et sosialt miljø (Bourdieu, 1995). Hva som er vanlig og passende atferd, vil variere mellom ulike sosiale lag. I tillegg kan atferd være motreaksjon til andre sosiale lag. Deltakelse innen ulike idretter og aktiviteter kan også handle om hvilke ressurser man har tilgjengelig (Dahl et al., 2014)

Psykososiale forklaringer handler om hvordan man psykisk reagerer på ulike stimuli og eksponering (Dahl et al., 2014). Den viktigste mekanismen innenfor dette perspektivet er stress. Stress kan påvirke kroppen både indirekte og direkte. Indirekte kan handle om hvordan man bearbeider eller reagerer på stress, som blant annet kan innebære atferd som kan ha negativ påvirkning på helse. Direkte kan stress være belastende for kroppen på bakgrunn av fysiologiske mekanismer som skjer i kroppen når man utsettes for stress, som hyppig utskillelse av stresshormonene adrenalin og kortisol, som har vist seg å kunne føre til forhøyet blodtrykk og hjerte- og karsykdommer (McEwen, 2005). Det finnes også teorier om at opplevelsen av å være lavere i det sosiale hierarkiet i seg selv kan skape psykososialt stress i form av mindreverdighet. Viktige ressurser for å håndtere psykososiale utfordringer er kontroll, mestring og sosial støtte (Dahl et al., 2014)

Til slutt innen årsaksforklaringer har man *fundamentale årsaker* som baserer seg på at det er selve ulikhetsstrukturen og skjevfordelingen av ressurser som er grunnleggende årsak til sosiale ulikheter (Link & Phelan, 1995). En tolkning av dette kan være at det alltid vil være ulik fordeling av ressurser i et samfunn, og at det dermed er vanskelig å påvirke sosial ulikhet i helse. En annen tolkning kan være at tiltak som reduserer ulikhet i individuelle ressurser vil ha en effekt, som for eksempel jevnere fordeling av inntekt (Dahl et al., 2014).

2.6.2 Integrerende perspektiver

En annen kategori innen forklaringsmodeller for sosial ulikhet i helse kalles *integrerende perspektiver*. Integrerende perspektiver er mer komplekse modeller som forener ulike perspektiver, og setter det i sammenheng med sted, tid og sosiale prosesser. Det er to grupper

integrerende perspektiver. Den ene er livsløpsperspektiver, og den andre er sosial kontekstforklaringer. Livsløpsperspektiv tar utgangspunkt i hvordan særlig barndom, men også hendelser senere i livet kan stor betydning for hvordan helsen utvikler seg. Den andre modellen tar utgangspunkt i hvordan sosiale og materielle omgivelser kan gi grobunn for helseulikheter. Slike effekter blir synlige når man ser på et bestemt område, som for eksempel nabolag, region eller land (Dahl et al., 2014).

2.6.3 Kausalmodeller

En tredje kategori innen forklaringsmodeller er *kausallmodeller*. Kausalmodeller baserer seg på hvordan individuelle egenskaper som blant annet helse, gener, personlighet og kognitive egenskaper gjør at man «selekteres» til sosial posisjon. Forskning viser derimot liten effekt på sosial ulikhet i helse eller begrenset med hold for disse hypotesene (Dahl et al., 2014)

I denne oppgaven vil sosiale årsaksforklaringer med fokus på helseatferdsforklaringer være mest sentralt, men dette utelukker ikke at andre modeller og teorier har betydning. Det vil alltid være komplekse og sammensatte forklaringer som ligger bak sosiale ulikheter i helse.

2.7 Livsstil som gir økt risiko for sykdom

Av de livsstilsfaktorene som gir høyest risiko dødelighet og tap av friske leveår, finner man bruk av tobakk (røyking), skadelig alkoholforbruk, usunt kosthold og fysisk inaktivitet (Folkehelseinstituttet, 2018f; World Health Organization, 2009). Verdens helseorganisasjon har som mål å redusere for tidlig død (før fylte 70) av ikke-smittsomme sykdommer med 33% i perioden 2010 til 2030, og dette inngår også i FNs globale mål for bærekraftig utvikling (Folkehelseinstituttet, 2017; World Health Organization, 2017). Dette målet gjelder også for Norge. Fra 2010 til 2018 hadde Norge en nedgang på 25% i for-tidlig død, og ser en positiv utvikling innen tobakksbruk og røyking. For fysisk inaktivitet og kosthold er utviklingen mer usikker. Selv om det totalt sett er en positiv utvikling, er det viktig å følge med på om denne utviklingen skjer i alle sosiale lag (Folkehelseinstituttet, 2017).

2.7.1 Bruk av tobakk

Røyking er den største risikofaktoren for dødsfall før fylte 70 år, og utgjør rundt 20% av dødsfallene. Det er også den største risikofaktoren for tapte leveår i befolkningen generelt (Folkehelseinstituttet, 2018f; Helsedirektoratet, 2019a). Røyking øker risikoen for flere

sykdommer, blant annet ulike former for kreft, kronisk lungesykdom og hjerte- og karsykdom (Reitsma et al., 2017). Rundt 30% av den voksne befolkningen bruker tobakk, og det er omtrent like stor andel av røykere som snusbrukere. Røyking forekommer hyppigst den eldre delen av befolkningen, mens snusbruk er mer vanlig blant yngre, og man har sett en kraftig reduksjon i antall røykere de siste femti årene (Folkehelseinstituttet, 2018d). Lavere sosioøkonomiske grupper er overrepresentert blant røykere (K. E. Lund & Lund, 2005). Tall fra 2019 viser at rundt 21% av personer med grunnskoleutdanning røyker daglig, mens de som har fullført videregående skole er andelen 11%, og blant de med høyskole-/universitetsutdanning er det 4% som røyker. Trenden er nedadgående for alle gruppene (Helsedirektoratet, 2019a). Til tross at for at røyking ser ut til å være en viktig årsak til sosial ulikhet i helse, er det også studier som viser til at det røyking «bare» forklarer 20% av sosial ulikhet i forventet levealder (Kinge et al 2019). Man ser også geografiske ulikheter i røyking, hvor Østfold er det fylket med høyest andel røykere på landsbasis (Lunde, 2019).

I Norge har vi flere lover for å regulere tobakksbruken. Det er blant annet forbudt å reklamere for tobakksprodukter, det er påbudt med advarsler på produktene, det er høy avgifter på tobakksprodukter, og vi har røykeloven som blant annet forbyr røyking på innendørs på offentlige steder og serveringssteder (Helsedirektoratet, 2019a). Det har over lang tid vært en nedgang av daglig-røyking i samfunnet. For av-og-til røykere har tallene holdt seg mer stabile (Wettergren, 2020). Nedgangen i røyking må sees i sammenheng med lavere aksept for røyking i samfunnet, som muligens er blitt forsterket av innføring av forbud for røyking innendørs (M. Lund et al., 2014) I dag er det kun 2% av ungdom i alderen 16-24 år som røyker daglig, men man har sett en markant økning innen snusbruk (Wettergren, 2020).

Snusbruken begynte å øke i samme periode som loven som forbyr røyking på serveringssteder ble innført (Folkehelseinstituttet, 2018i; K. E. Lund, Vedøy & Bauld, 2017). Snusing er mindre relatert til stigma enn røyking (Sæbø, 2013), i tillegg blir det også brukt av flere som hjelpemiddel for å slutte å røyke (Lindström, 2007). Man har ikke like lang erfaring med helsekonsekvensene for snusbruk, og snusing anses som mindre helseskadelig enn røyking (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013a). I en rapport fra Folkehelseinstituttet fra 2018 hvor det var gjort en analyse av ulike studier, ble det kommet frem til at snus sannsynligvis gir økt risiko for blant annet ulike former kreft, høyt blodtrykk og diabetes type 2. I tillegg viser forskning en økt risiko for sykdom, for tidlig fødsel og død hos foster hvis kvinner bruker snus under svangerskap (Folkehelseinstituttet, 2019b).

2.7.2 Alkohol

Alkoholbruk er en av de viktigste risikofaktorene for tap av friske leveår i befolkningen (Folkehelseinstituttet, 2018f). Det er særlig to aspekter som har betydning for alkoholens konsekvenser for helse og levealder, det samlede alkoholkonsum og drikkemønster (Østhus, Mäkelä, Norström & Rossow, 2016). Alkoholbruk kan øke risikoen for en rekke sykdommer, blant annet ulike kreftformer, skader på fordøyelsessystemet, hypertensjon, hjerneslag, utvikling av demens og psykiske lidelser (Rehm et al., 2010). I tillegg til sykdom, kan alkohol føre til skader ved bilulykker, vold og drukning. Alkohol kan også ha store sosiale og økonomiske konsekvenser for individ, familie og samfunn (Rehm, Shield, Rehm, Gmel & Frick, 2012). For noen sykdommer kan moderate mengder alkohol derimot ha en beskyttende effekt, blant annet ved diabetes og ischemisk hjertesykdom (Rehm et al., 2010).

Flere studier viser til en positiv gradient mellom alkoholinntak og sosioøkonomisk posisjon (Strand & Steiro, 2003), hvor alkoholkonsumet øker med utdanningsnivå. Likevel finner man en høyere risiko for alkohol-relatert dødelighet blant grupper med lavere sosioøkonomisk posisjon (Mackenbach et al., 2015). En teori kan være at grupper med lavere sosioøkonomisk posisjon er mer sårbare for alkoholens negative konsekvenser (Østhus et al., 2016). Man ser også ulikt drikkemønster i ulike sosiale lag. Mens de fra høyere sosiale lag drikker ofte, viser tall at de fra lavere sosiale lag drikker sjeldnere, men har større inntak når de først drikker. Det er også ulikt forbruk innen vin og brennevin for ulike sosioøkonomiske grupper, hvor det blir drukket mer vin i høyere sosiale lag, og mer brennevin i lavere sosiale lag (Folkehelseinstituttet, 2018a). Resultater fra ulike studier på alkohol og sosioøkonomisk posisjon er riktignok sprikende, noe som kan tyde på kompliserte mekanismer mellom alkohol og sosial ulikhet (Østhus et al., 2016).

2.7.3 Kosthold

Helsedirektoratet anbefaler et variert kosthold, bestående av grønnsaker, frukt og bær, grove kornprodukter og fisk, og begrense mengden bearbeidet kjøtt, rødt kjøtt, salt og sukker (Helsedirektoratet, 2016). Mens grønnsaker, frukt, bær og grove kornprodukter ser ut til å ha beskyttende effekt mot hjerte- og karsykdommer (Bhupathiraju & Tucker, 2011), ser man at bearbeidet kjøtt, salt, fett og sukker kan blant annet påvirke utvikling av hypertensjon, overvekt og inflammasjon, som igjen kan øke risikoen for sykdom og død relatert til for hjerte- og karsykdom, diabetes type 2 og kreft (Dhingra et al., 2007; Koene et al., 2016; Micha, Wallace & Mozaffarian, 2010; Mozaffarian et al., 2014) Flere studier viser at de med

lavere sosioøkonomisk posisjon har kosthold som er mindre helsegunstig enn de med høyere sosioøkonomisk posisjon, og hvor inntak av frukt og grønnsaker er de kostvariablene som viser sterkest og mest konstant sosial gradient i befolkningen over tid (Holmboe-Ottesen, Wandel & Mosdøl, 2004). I denne studien ble det valgt å studere fruktinntak, basert på at man har konkrete nasjonale anbefalinger og tiltak for å øke inntak av frukt.

Anbefalingen «5 om dagen» er godt kjent i befolkningen, men likevel spises det mindre frukt enn anbefalt (Helsedirektoratet, 2019b). Som en del av nasjonal handlingsplan for bedre kosthold 2017-2021 er målet å øke forbruket av frukt med 20% for hele befolkningen, og øke andelen 15-åringer som spiser frukt daglig med 50% innen 2021 (Departementene, 2017). Blant tiltak for å øke fruktinntaket finner man abonnementsordningen for skolefrukt. Ordningen subsidieres av Helse- og omsorgsdepartementet, mens enten foreldre, kommunen eller skolen betaler to tredjedeler. I perioden 2007 til 2014 var kommunene lovpålagt å tilby gratis frukt og grønt til elever på ungdomsskolen, men sommeren 2014 opphevet Stortinget denne loven. Basert på kunnskap om helsegevinst og utjevning av sosiale ulikheter ønsket både Helsedirektoratet og Østfold fylkeskommunen at denne ordningen skulle videreføres (Kunnskapsdepartementet, 2014).

2.7.4 Fysisk inaktivitet

Fysisk inaktivitet kan blant annet føre til forhøyet blodtrykk, forhøyet kolesterol og blodsukker og overvekt, som er risikofaktorer for ulike ikke-smittsomme sykdommer som ischemisk hjertesykdom, hjerneslag, diabetes type 2 og ulike kreftformer (Folkehelseinstituttet, 2018f; Garrett, Brasure, Schmitz, Schultz & Huber, 2004; Koene et al., 2016). Fysisk aktivitet har også innvirkning psykisk helse og muskel- og skjelettplager (Folkehelseinstituttet, 2018f; Garrett et al., 2004).

Studier viser at befolkningen sitter mer og mer stille, og ikke når det anbefalte nivået for fysisk aktivitet (Anderssen et al., 2009; Hansen et al., 2015; Kalle, Stokke, Hansen & Anderssen, 2012). Samtidig har aktivitetsnivået på fritiden vært økende, og flere studier viser at sammenheng mellom utdanning og fysisk aktivitet på fritiden, hvor de med høyere utdanning er mer fysisk aktive enn de med lavere utdanning (Anderssen et al., 2009; Breivik & Rafoss, 2017; Demarest et al., 2013; Næss, Rognerud & Strand, 2007).

2.8 Teorier relatert til helseatferd

Selv om denne oppgaven vil ha et deskriptivt design, og ikke vil undersøke årsakssammenhenger, kan det være hensiktsmessig å presentere kort noen av de mest sentrale teoriene for ulik helseatferd og atferdsendring.

Som forklart under helseatferdsforklaringen tidligere, så kan atferd og livsstil sees på som resultat av vaner og normer innenfor ulike sosiale grupper. Bourdieu brukte begrepet *habitus* om tillærte tanke- og atferdsmønstre som formes gjennom sosial samhandling. Helsevaner og livsstil kan videre fungere som en måte å uttrykke hvilket sosialt miljø man tilhører, og det kan også bli brukt for å markere et skille mellom egen gruppe og andre sosiale lag (Bourdieu, 1995). Bourdieu brukte begrepet *distinksjon* for å beskrive hvordan det er et skille mellom hva som gir status, og som bestemmer hvem som blir inkludert eller ekskludert i ulike sosiale grupper i samfunnet (Bourdieu, 1995). I vårt samfunn i dag gir det for eksempel status å trene regelmessig, men det å røyke blir sett på som en lavstatus livsstil. Basert på Bourdieus teori kan helseatferd i stor grad forstås som kollektive fenomener, og ikke som individuelle handlinger (Elstad, 2005).

Atferd som sosialt fenomen kan knyttes opp mot Banduras *sosial-kognitive teori* (Bandura, 1977). Ifølge denne teorien vil tilegnelse av ny atferd kunne oppstå som et resultat av å observere andre utføre visse former for atferd, som for eksempel røyking. Det utelukker ikke at individuelle faktorer også har en betydning for atferd. Bandura bruker begrepet *mestringstro* (*self-efficacy*) til å forklare hvordan individets tro på at han eller hun kan utføre atferden henger sammen med endring av atferd (Bandura & Adams, 1977), og det å øke menneskers mestringstro er funnet å være en viktig faktor for vellykket livsstilsendring (Sheeran et al., 2016) Utdanning kan være en av faktorene som øker individets mestringstro, samtidig som det kan øke evnen til å prosessere informasjon om helseatferd, som igjen kan gi økt kunnskap om ugunstig livsstil (Pampel, Krueger & Denney, 2010; Protheroe et al., 2017).

En annen sentral teori for forståelse av helseatferd er *selvbestemmelsesteorien*, som fremhever betydningen av indre eller autonom motivasjon som en avgjørende faktor for å utføre en handling (Deci & Ryan, 2000). Teorien sier at menneskets omgivelser enten kan fremme eller hindre motivasjon og utvikling. Ifølge selvbestemmelsesteorien kan motivasjon beskrives som et kontinuum fra ytre motivasjon, hvor man er kun drevet av ytre press eller belønning, til indre motivasjon, hvor handlinger er drevet av et indre ønske og motivasjonen for en handling

ligger i selve aktiviteten (Deci & Ryan, 2000). Studier viser også hvordan ytre motivasjon som premier, pris og karakterer kan virke begrensende og kontrollerende, og ha en negativ innvirkning på indre motivasjon (Deci & Ryan, 2000)). Atferd og indre motivasjon kan derfor igjen knyttes opp mot nærmiljø og sosial kontekst (Wold & Samdal, 2009).

Hvordan helseatferd utvikler seg i en befolkning kan sees opp mot *teori om diffusjon av innovasjoner* (Elstad, 2013; Rogers, 1995). Teorien handler om hvordan en innovasjon, som en idé eller atferd, spres i samfunnet i et typisk mønster. Utbredelsen skjer gjerne i et S-formet mønster, hvor innovasjonen først spres seg sakte fordi det fortsatt ikke er mange som kjenner til den, men etter hvert som flere mennesker får kjennskap til innovasjonen, øker farten. Til slutt flater utviklingen ut når det kun er noen få etternølere igjen. Når etternølerne tar i bruk idéen, har utviklingen gjerne tatt et steg videre mot nye innovasjoner. I de fleste tilfeller er denne utviklingen relatert til sosioøkonomisk posisjon, hvor de som adopterer ideen/atferden tidlig har høy sosial status, og videre skjer utviklingen nedover mot lavere sosioøkonomisk lag (Rogers, 1995). Teorien kan sees i forbindelse med helsefremmende atferd, men også atferd som en del av sosial distinksjon. Røykeatferd blir i flere studier knyttet opp mot denne teorien (M. Lund et al., 2014; Vedøy, 2014), men det er også overførbart til annen type helseatferd, både positiv og negativ. Denne teorien kan bidra til å forklare hvorfor ulike sosioøkonomiske grupper er på ulike stadier av en trend i samfunnet, ettersom trend vil utvikle seg i ulikt tempo for ulike sosioøkonomiske grupper (Rogers, 1995).

2.9 Østfold

I denne oppgaven hentes data fra Østfold, og det vil være nyttig å presentere konteksten som dataene er samlet inn i. Østfold fylke var frem til fylkessammenslåingen i år 2020 det sjette mest folkerike fylket i Norge med rett over 300 000 innbyggere (Statistisk sentralbyrå, 2020b). Østfold er i dag en del av Viken fylke, som også består av Akershus og Buskerud (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2019). I denne studien er det det opprinnelige Østfold fylke som blir undersøkt, med utgangspunkt i spørreundersøkelser utført i 2011 og 2019.

Østfold har fått oppmerksomhet for å skåre lavt på flere indikatorer relatert til folkehelse (Østfold fylkeskommune, 2016). Folkehelseinstituttets folkehelseprofil for Østfold fra 2019 viser at fylket kommer dårligere ut enn landsgjennomsnittet på en rekke

folkehelseparametere, og gjennomsnittlig på noen (Folkehelseinstituttet, 2019a). Forventet levealder for menn og kvinner ligger på henholdsvis 79,7 og 83,3 år, noe under landsgjennomsnittet. Det er også observert litt større forskjeller (ikke signifikant) i forventet levealder relatert til utdanning i forhold til resten av landet. Videre viser folkehelseprofilen høyere forekomst av psykiske lidelser, muskel- og skjelettplager, diabetes type 2, overvekt og fedme og tykk- og endetarmskreft. Forekomsten av hjerte- og karsykdommer er så vidt over landsgjennomsnittet, men er ikke signifikant forskjellig. Når det gjelder helserelatert atferd, så er andelen faste røykere blant eldre voksne 22%, og 11% blant yngre voksne, mot et landsgjennomsnitt på henholdsvis 15% og 7,6% (Folkehelseinstituttet, 2019a).

Det at Østfold kommer dårlig ut på flere helseparametere, bør sees i lys av sammenheng mellom sosial ulikhet og helse. Østfold er et fylke hvor den sosiale helsegradienten gjør seg tydelig i statistikken over forventet levealder (Østfold fylkeskommune, 2016). Det er færre i Østfold som har høyere utdanning sammenlignet med resten av landet, og det er flere barn som vokser opp i lavinntektshusholdning. Man ser også høyere frafall fra videregående skole sammenlignet med Norge sett under ett (Folkehelseinstituttet, 2019a).

For å forstå noen av årsakene bak Østfolds helseutfordringer er det nødvendig å gå tilbake til Østfolds historie og samfunnsutvikling. Østfold ble tidlig industrialisert, og var i en periode på nærmere hundre år, det største industrifylke i landet, ved siden av Oslo (Svendsen, 2004). Industrisamfunnet førte med seg klassesamfunn, som bestod av arbeidere og fabrikkere, og mange barn fulgte i sine foreldres fotspor inn i fabrikkene (Svendsen, 2004). I etterkrigstiden hadde Østfold sin storhetstid, og tall fra 1965 viste at nærmere halvparten av arbeidsstyrken arbeidet i industrien (Svendsen, 2004). Men etter innføringen av EFTA i 1960, fikk man frihandelsavtaler som førte til import fra land med billigere arbeidskraft. Fra 1970-tallet gikk flere bedrifter konkurs og måtte legge ned. I tillegg ble industrien etterhvert mer automatisert, og det var stadig fler som mistet arbeidsplassene sine (Svendsen, 2004). Store grupper falt etter hvert utenfor arbeidsmarkedet, og Østfold hadde også en stor økning av uføretrygdede. På 1990-tallet var arbeidsledigheten i Østfold høyere enn landet forøvrig (Svendsen, 2004) og nyere tall viser at Østfold fortsatt ligger under landsgjennomsnittet i yrkesdeltakelse (Østfold fylkeskommune, 2016), og andelen uføretrygdede er økende og nest høyest av alle fylker i Norge i 2019 (Statistisk sentralbyrå, 2020f).

3 Problemstilling og forskningsspørsmål

Problemstillingen som denne studien ønsket å belyse var å undersøke eventuelle endringer i livsstil fra 2011 til 2019 i et utvalg av befolkningen i Østfold, og om disse eventuelle endringene varierte med sosioøkonomisk posisjon målt ved grad av utdanning.

3.1 Forskningsspørsmål

Det ble utformet fire forskningsspørsmål for å svare på problemstillingen:

1. Er det endringer i tobakksbruk fra 2011 til 2019 og er disse endringene assosiert med grad av utdanning?
2. Er det endringer i alkoholbruk fra 2011 til 2019 og er disse endringene assosiert med grad av utdanning?
3. Er det endringer i inntak av frukt fra 2011 til 2019 og er disse endringene assosiert med grad av utdanning?
3. Er det endringer i fysisk aktivitet fra 2011 til 2019 og er disse endringene assosiert med grad av utdanning?

4 Metode

4.1 Studiedesign

En kvantitativ tilnærming ble benyttet, med et repetert tverrsnitts-design. Østfold fylkeskommune (ØFK) har i 2011 og 2019 utført tverrsnittsundersøkelser i Østfold for å kartlegge innbyggernes levevaner og helseprofil, og det er data fra disse spørreundersøkelsene som ble benyttet for å belyse problemstillingen.

4.2 Studiepopulasjon og utvalg

Studiepopulasjonen er innbyggere i Østfold fylke, i alderen 25 -79 år. Utvalget baserer seg på utvalgene fra «Østfold helseprofil» fra 2011 og «Oss i Østfold» fra 2019. Disse to undersøkelsene hadde som kriterier at utvalget skulle være representativt for befolkningen i Østfold ut fra alder og kjønn. På bakgrunn av disse kriteriene ble det tilrettelagt et bruttoutvalg via Folkeregisteret. De endelige utvalgene var på N=17440 respondenter i 2011 og N=16558 respondenter i 2019.

I denne studien ble det valgt å ekskludere respondenter under 25 år (N=2361), da en viktig parameter var utdanningsnivå, og sannsynligheten for man fortsatt er i en utdanningsprosess er stor for de under 25 års alder (Statistisk sentralbyrå, 2020e). I studien ble det også valgt å ekskludere alle som hadde «missing», eller hadde svart «vet ikke» eller «ønsker ikke å svare» på én eller flere av variablene som ble inkludert i analysene (N=3369). Det endelige utvalget brukt i denne studien ble derfor N=14607 i 2011 og N=13661 i 2019.

4.3 Datainnsamling

Begge undersøkelsene er iverksatt av Østfold fylkeskommune, og datainnsamlingene er gjort i samarbeid med TNS Gallup og Kantar. I undersøkelsen fra 2011 ble det sendt ut egenadministrerte spørreskjemaer med posten sammen med et brev fra kommunen. Det var mulig å besvare enten via det vedlagte spørreskjemaet eller elektronisk. I undersøkelsen fra 2019 ble hele datainnsamlingen utført digitalt. Utvalget fra Folkeregisteret ble koblet opp mot Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi) som har tilgang til epostadresser til offentlig virksomhet. Denne listen er ikke komplett, da noen reserverer seg, og andre (særlig blant eldre) ikke bruker e-post. Undersøkelsene/invitasjonen ble sendt ut puljevis, og avhengig av respons ble det sendt ut påminnelser. Etter hvert ble også ekstrautvalg inkludert i undersøkelsene for å få nok respondenter. I forbindelse med undersøkelsen fra 2019 var

lokale myndigheter aktive i å promotere undersøkelsen, og det ble det også utført et lotteri blant deltakere hvor det var mulig å vinne iPad, for å stimulere til deltakelse.

4.4 Spørreskjema

Spørreskjemaene som er brukt i 2011 og 2019 bestod av henholdsvis 60 og 57 avkryssningsspørsmål (Vedlegg 1 og 2). De fleste av spørsmålene og svaralternativene var de samme i de to undersøkelsene, men det ble fjernet og lagt til noen spørsmål i skjemaet for 2019 sammenlignet med spørreskjemaet for 2011. Spørsmålene var delt opp i temaer som helse, helse og arbeid, levevaner, nærområde/bosted, støtte (2011), bruk av helsetjenester (2019) og generell bakgrunnsinformasjon. I denne studien er det kun valgt å benytte seg av spørsmål som er formulert likt² ved de to undersøkelsene, og de spørsmålene som var relevante for å kunne besvare problemstillingen. Disse blir beskrevet i mer detalj under.

4.4.1 Livsstilsvariabler

Røyking ble målt ved spørsmålet «Røyker du?» og svarkategoriene var 1=«Ja, daglig», 2=«Ja, av og til» og 3=«Nei». Variabelen ble rekodet og dikotomisert til 0=«Nei» og 1=«Ja» ved å slå sammen svaralternativene «Ja, daglig» og «Ja, av og til».

Snusbruk ble målt ved spørsmålet «Snuser du?» og svarkategoriene var 1=«Ja, daglig», 2=«Ja, av og til» og 3=«Nei». Variabelen ble rekodet og dikotomisert til 0=«Nei» og 1=«Ja» ved å slå sammen svaralternativene «Ja, daglig» og «Ja, av og til».

Alkoholbruk ble målt ved spørsmålet «Hvor ofte drikker du alkohol?» der svarkategoriene var 1= «Aldri», 2=«Månedlig eller sjeldnere», 3=«2-4 ganger i måneden», 4=«2-3 ganger i uken» og 5=«4 ganger i uken eller mer». Variabelen ble rekodet og dikotomisert til 0 =«4 ganger i måneden eller sjeldnere» og 1= «2 ganger i uken eller mer».

Inntak av frukt ble målt ved spørsmålet «Hvor ofte spiser du frukt? (regn ikke med juice eller fruktsaft)». Svarkategoriene var i 2011 1=«2 eller flere ganger per dag», 2=«1 gang per

² Det var ved et par av spørsmålene små variasjoner i formulering, men uten av det var av betydning for oppfatning av spørsmålet.

dag», 3=«5-6 ganger per uke», 4=«2-4 ganger per uke», 5=«1 gang per uke eller sjeldnere» og 6=«Aldri/Nesten aldri». Svarkategoriene var i 2019 1=«2 eller flere ganger per dag», 2=«1 gang per dag», 3=«5-6 ganger per uke», 4=«3-4 ganger per uke», 5=«1 gang per uke eller sjeldnere» og 6=«Aldri/Nesten aldri». Variabelen ble rekodet og dikotomisert til 0=«1 gang i uken eller sjeldnere» og 1=«2-4 ganger i uken eller oftere».

Fysisk aktivitet ble målt ved spørsmålet «Driver du med noen form for sport, mosjon, eller fysisk aktivitet?» med svarkategoriene 1=«Ja» og 2=«Nei». Variablene ble rekodet til 0=«Nei» og 1=«Ja».

4.4.2 Sosiodemografiske variabler

Som mål på sosioøkonomisk posisjon ble **utdanning** benyttet, da det er en hyppig brukt indikator i lignende studier, og det er vist sterk sammenheng mellom utdanning og helse (Ding, Do, Schmidt & Bauman, 2015; Winkleby, Jatulis, Frank & Fortmann, 1992).

Utdanning ble målt ved spørsmålet «Hva er din høyeste fullførte utdanning?». I spørreskjemaet fra 2011 var svaralternativene delt opp i åtte kategorier: 1=«Ingen utdanning», 2=«Grunnskoleutdanning», 3=«Videregående grunnutdanning», 4=«Videregående avsluttende utdanning», 5=«Påbygning etter videregående», 6=«Universitets - høyskoleutdanning inntil 4 år», 7=«Universitets - høyskoleutdanning 5-6 år» og 8=«Doktorgrad, forskerutdanning». I spørreskjema i 2019 var svaralternativene delt inn i fire kategorier: 1=«Grunnskole/framhaldsskole/folkehøyskole inntil 10 år», 2=«Fagutdanning/realskole/videregående/gymnas minimum 3 år», 3=«Høyskole/universitet mindre enn 4 år», og 4= «Høyskole/universitet 4 år eller mer». Det ble laget en ny variabel for utdanning med tre svarkategorier 1=«Grunnskole», 2=«videregående skole (VGS)» og 3=«Høyskole/Universitet».

Spørreskjemaet inneholdt også informasjon om **kjønn** (1=mann, 2= kvinne) og **alder** ved spørsmålet «Hvilket år er du født?». Alder ble beregnet og kategorisert til 1=«25-44 år», 2=«45-66 år» og 3=«67-79 år» basert på Statistisk Sentralbyrås fordeling av aldersgrupper i statistikk for levevaner (Statistisk sentralbyrå, 2020a).

4.5 Dataanalyser

Alle de statistiske analysene ble utført ved hjelp av IBM SPSS Statistics versjon 1.0.0.1461. Signifikansnivå ble satt til $p \leq 0,05$. Deskriptiv statistikk for alle variablene ble utført, og forskjeller mellom utvalget i 2011 og 2019 ble testet med Pearson kji-kvadrattester.

For å undersøke om det var en endring i livsstilsvariablene fra 2011 til 2019 ble log-binominale regresjonsanalyser med 95% konfidensintervall benyttet. Denne analysen gir mulighet for å få ut mål på relativ risiko (RR) samtidig som man kan kontrollere for konfunderende variabler. RR er forholdstallet mellom frekvensen av en begivenhet i to grupper, og gir et riktigere estimat enn odds ratio (OR) når det fenomenet man undersøker er hyppig forekommende (Bjørndal & Hofoss, 2015). I analysene ble de dikotomiserte livsstilsvariablene benyttet som den avhengige variabelen og utdanning ble benyttet som uavhengig variabel. Siden de to utvalgene hadde ulik kjønns- og aldersfordeling ble kjønn og aldersgruppe inkludert i analysen som uavhengige variabler for å kontrollere for disse. For å se på RR innen hver kategori i de uavhengige variablene, ble utvalget splittet på henholdsvis kjønn, aldersgruppe, og utdanning (Johansen, Baste, Rosta, Aasland & Morken, 2017).

4.6 Etske retningslinjer og vurderinger

Dette prosjektet er, på lik linje med all forskning i privat og offentlig regi, pålagt å følge anerkjente forskningsetiske normer (Forskningsetikkloven, 2017). Helsinkideklarasjonen, som ble utformet av Verdens legeförening i 1964, er et eksempel på grunnleggende forskningsetiske retningslinjer, som brukes aktivt over store deler av verden (Førde, 2014). Viktige prinsipper i Helsinkideklarasjonen er informert samtykke, konfidensialitet, hensynet til sårbare grupper og forskerens etiske ansvar (Førde, 2014; World Medical Association, 2018). I Norge er det Regionale medisinske forskningsetiske komiteer (REK) som har som oppgave å tilse at forskningsetiske retningslinjer blir ivaretatt innen helsefaglig forskning, gjennom å vurdere og forhåndsgodkjenne forskningsprosjekter som er omfattet av lov om medisinsk og helsefaglig forskning (Helseforskningsloven, 2008). Dataene i denne studien var allerede innsamlet, slik at studien ikke innebar noen form for direkte eller indirekte intervensjon ovenfor deltakerne, som potensielt kunne føre til fremleggelsesplikt ovenfor REK (Hølen, 2015).

Et annet grunnleggende og lovfestet prinsipp innen forskning som inkluderer mennesker, er hensynet til personvern. Forskning som innebærer elektronisk behandling av personopplysninger er meldepliktig til enten Datatilsynet eller personvernombud (Personopplysningsloven, 2018; Ringdal, 2018). For forskning ved NMBU gjelder denne meldeplikten ovenfor Personvernombudet for forskning ved Norsk Senter for forskningsdata (NSD) (Norsk senter for forskningsdata, 2020). Denne studien benyttet data som var anonyme, og inneholdt ingen direkte identifiserbare opplysninger. Prosjektet hadde heller ingen tilgang til koblingsnøkkel, og på bakgrunn av kategorisering av dataene var det heller ikke mulig å indirekte indentifisere deltakere. Etter dialog med NSD og i samråd med veileder ble det derfor konkludert med at data var anonymisert og at det ikke var nødvendig å fremlegge søknad for NSD.

Studien tok utgangspunkt i to datainnsamlinger som allerede var utført i regi av Østfold fylkeskommune. Undersøkelsene er basert på frivillighet. I informasjonsskrivet deltakeren mottok sammen spørreskjemaet fra 2011 ble deltakeren sikret anonymitet, og informert om at TNS Gallup, som hadde ansvar for datainnsamlingen, arbeidet i henhold til Datatilsynets retningslinjer (Vedlegg 1). I undersøkelsen fra 2019 ble informasjonen rundt datainnsamlingen og personvern noe mer utdypet. Det ble informert om at alle dataene blir anonymisert og behandlet konfidensielt i samsvar med gjeldene personregelverk. Deltakeren ble også informert om mulighet for å trekke seg, klagerett og potensiell videre bruk av dataene til forskning og statistikk (Vedlegg 2). De etiske prinsipper om frivillighet og informert samtykke er derfor opprettholdt i henhold til grunnleggende prinsipper i Helsinkideklarasjonen.

5 Resultater

5.1 Demografi/karakteristika for utvalget

Tabell 1 viser oversikt over bakgrunns-karakteristika for respondentene fordelt etter undersøkelsesår. Kvinner var noe overrepresentert i begge undersøkelsene, og andelen hadde økt fra 54% i 2011 til å utgjøre 56% av respondentene i 2019. Fordelingen mellom aldersgruppene var også signifikant forskjellig i 2011 og 2019, men for begge utvalgene utgjorde aldersgruppen 44-66 år den største gruppen. Aldergruppen 25-44 år er den nest største, mens den eldste gruppen utgjør rundt 1/5 av respondentene. Det var en signifikant høyere andel av respondenter med høyere utdanning i 2019 enn i 2011 (tabell 1).

Tabell 1 Karakteristika for alle respondentene fordelt etter kjønn, aldersgrupper og utdanningsnivå for 2011 (N=14607) og 2019 (N=13661).

Karakteristika	2011		2019		p-verdi
	N	%	N	%	
Kjønn					0,001
Mann	6734	46,1	6017	44,0	
Kvinne	7873	53,9	7644	56,0	
Alder					<0,001
25-44	4111	28,1	4603	33,7	
44-66	7813	53,5	5886	43,1	
66-79	2683	18,4	3172	23,2	
Utdanning					<0,001
Grunnskole	3149	21,6	1684	12,3	
Videregående	6927	47,4	5062	37,1	
Høyskole/Universitet	4531	31,0	6915	50,6	

5.2 Livsstilsvariabler

Det var en signifikant nedgang i andelen av som oppga å røyke daglig fra 16,5% i 2011 til 10,9% 2019 (tabell 2). Samtidig var det en signifikant økning i andel som snuser daglig fra 4,8% i 2011 til 11% i 2019. For alkoholbruk var det også en signifikant endring fra 2011 til 2019 (tabell 2). Det var en nedgang i andel som aldri drikker fra 14,2% til 12,5%, mens det var en liten økning i andel som drikker månedlig eller sjeldnere. Videre var det nedgang i andel som drikker to-fire ganger i måneden, mens det var en liten økning blant de som drikker to-tre ganger i uken. Av de som svarte at de drikker fire ganger i uken eller mer er forekomsten så og si uendret (tabell 2). På spørsmålet om fruktinntak var det en lavere andel

som svarte at de spiser frukt daglig i 2019 enn det var i 2011, og en økning i andelen som svarte at de spiser frukt en gang i uken eller sjeldnere. Det var en signifikant økning i andel som driver med fysisk aktivitet fra 67,6% i 2011 til 73,5% i 2019 (tabell 2).

Tabell 2 Antall (N) og andel (%) for de ulike svarkategoriene for livsstilsvariablene i 2011 og 2019. Forskjeller mellom gruppene er testet med kji-kvadrattester

Spørsmål og svaralternativer:	2011		2019		p-verdi
	N	%	N	%	
Røyker du?					<0,001
Ja, daglig	2404	16,5	1483	10,9	
Ja, av og til	986	6,8	854	6,3	
Nei	11217	76,8	11324	82,9	
Snuser du?					<0,001
Ja, daglig	698	4,8	1509	11,0	
Ja, av og til	285	2,0	366	2,7	
Nei	13624	93,3	11786	86,3	
Hvor ofte drikker du alkohol?					<0,001
Aldri	2073	14,2	1708	12,5	
Månedlig eller sjeldnere	4482	30,7	4415	32,3	
2-4 ganger i måneden	4833	33,1	4204	30,8	
2-3 ganger i uken	2597	17,8	2703	19,8	
4 ganger i uken eller mer	622	4,3	631	4,6	
Hvor ofte spiser frukt (regn ikke med juice eller fruktsaft)?					<0,001
2 eller flere ganger per dag	3963	27,1	3258	23,8	
1 gang per dag	4362	29,9	6382	27,0	
5-6 ganger per uke	1610	11,0	1503	11,0	
2-4 ganger per uke	2906	19,9	2616	19,1	
1 gang per uke eller sjeldnere	1360	9,3	2098	15,4	
Aldri/nesten aldri	406	2,8	504	3,7	
Driver du med noen form for sport, mosjon eller fysisk aktivitet – alene eller sammen andre?					<0,001
Ja	9880	67,6	10043	73,5	
Nei	4727	32,4	3618	26,5	

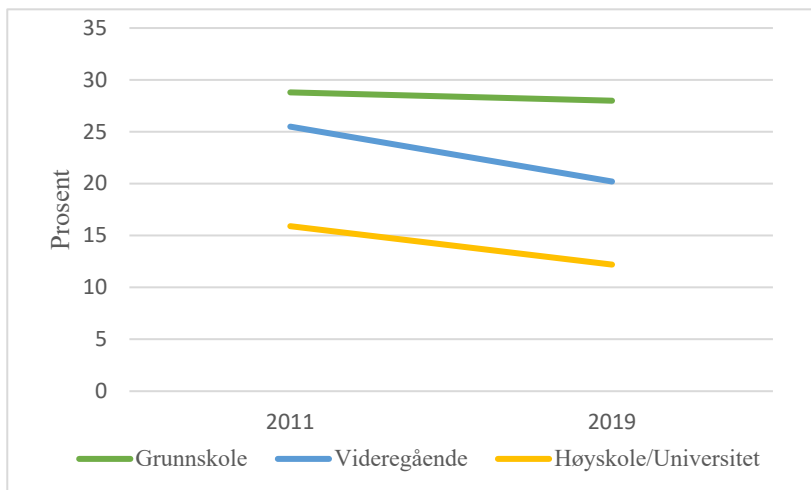
5.3 Endring i livsstilsvariabler for de ulike utdanningsgruppene

Selv om de univariate analysene viste at det var endringer i livsstilsvariablene fra 2011 til 2019 (tabell 2) så viste de demografiske variablene at det var forskjeller i kjønn, alder og utdanning mellom de to utvalgene (tabell 1). I de multivariate analysene ble det derfor

kontrollert for alder og kjønn i analysene av livsstilsendring for de ulike utdanningsgruppene. I resultatpresentasjonen under vil også endringer for kjønn og aldersgrupper bli kort presentert.

5.3.1 Bruk av tobakk – røyking

Både i 2011 og 2019 var det høyest andel røykere (daglig eller av og til) i gruppen med grunnskoleutdanning og lavest andel i gruppen med høyskole/universitetsutdanning (figur 2 og tabell 3). For de to utdanningsgruppene videregående og høyskole/universitet var det en klar nedgang i andel som røykte fra 2011 til 2019, mens dette så man ikke for andelen røykere i gruppen med grunnskoleutdanning (figur 2).



Figur 2 Grafisk fremstilling over endring i andel (%) som røyker fra 2011 til 2019 for de ulike utdanningsgruppene. Basert på dikotomiserte variabler, ikke justert for alder og kjønn.

Den log-binominal regresjon-analysen justert for kjønn og alder viste en signifikant nedgang i andelen som røyker (daglig eller av og til) fra 2009 til 2011 innen hver av de to gruppene med høyest utdanning (tabell 3). For gruppen med videregående utdanning var risiko redusert med 26% (RR=0,74; CI: 0,74-0,87) og for de med høyskole-/universitetsutdanning var risiko redusert med 23% (RR=0,77, CI: 0,69-0,85). For gruppen med grunnskoleutdanning var det ingen signifikant endring fra 2011 til 2019 (tabell 3). Endringene i de tre utdanningsgruppene var ikke signifikant forskjellig og hadde overlappende konfidensintervall (tabell 3).

Det var en signifikant lavere RR for å røyke i 2019 sammenlignet med 2011 for både menn og kvinner, men endringene var ikke signifikant forskjellige (tabell 3). For aldersgruppene 25-44 år og 45-66 år, var risiko for å røyke redusert med henholdsvis 23% og 13%. Den eldste aldersgruppen over 67 år viste ingen signifikant endring, men denne aldersgruppen hadde lavest andel røykere både i 2011 og 2019 (tabell 3).

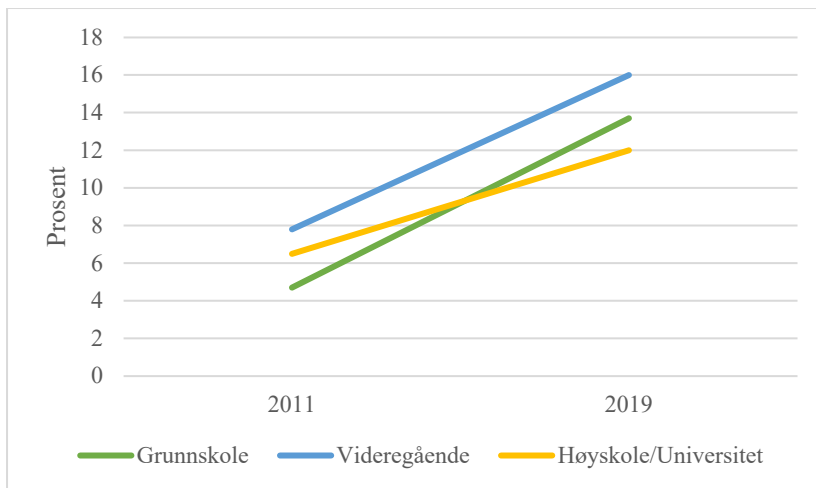
Tabell 3 Antall (N), andel (%) og RR^a for de som røyker (daglig eller av og til) i 2019 sammenlignet med 2011 fordelt på kjønn, alder og utdanning.

	2011		2019		RR	95% CI	p-verdi
	N	%	N	%			
Kjønn							
Mann	1493	22,2	971	16,1	0,82	0,78 – 0,87	<0,001
Kvinne	1897	24,1	1 366	17,9	0,81	0,76 – 0,86	<0,001
Alder							
25-44	963	23,4	735	16,0	0,77	0,65 – 0,80	<0,001
45-66	2039	26,1	1 213	20,6	0,87	0,80 – 0,94	0,001
67-79	388	14,5	389	12,3	0,98	0,84 – 1,15	0,814
Utdanning							
Grunnskole	907	28,8	471	28,0	0,91	0,80 – 1,04	0,164
VGS	1764	25,5	1 021	20,2	0,74	0,74 – 0,87	<0,001
Høyskole/Universitet	719	15,9	845	12,2	0,77	0,69 – 0,85	<0,001

^a Justerte RR fra andelen som røyker (innen hver rad) i 2019 i forhold til 2011, justert for alle andre variabler i tabellen.

5.3.2 Bruk av tobakk – snus

Både i 2011 og 2019 var det høyest andel som snuser (daglig eller av og til) i gruppen med videregående utdanning, mens gruppen med grunnskoleutdanning gikk fra å ha lavest andel som snuser til å gå forbi høyskole-/universitetsutdanning i 2019 (figur 3 og tabell 4). Figur 3 viser økning i snusbruk for alle utdanningsgrupper, men viser større økning blant de med utdanning fra grunnskole og videregående skole, enn for høyskole/universitet.



Figur 3 Grafisk fremstilling over endring i andel (%) som snuser fra 2011 til 2019 for de ulike utdanningsgruppene. Basert på dikotomiserte variabler, ikke justert for alder og kjønn.

Den log-binominale regresjonsanalysen justert for kjønn og alder viste en signifikant økning i andel som snuser for alle utdanningsgruppene (tabell 4). For gruppen med grunnskoleutdanning var risiko økt med 134% (RR=2,34; CI: 1,87-2,94), og for gruppen med videregående utdanning var risiko økt med 119% (RR=2,19; CI: 1,94-2,47). For gruppen med høyskole-/universitetsutdanning var risiko økt med 115% (RR=1,15; CI: 1,87-2,44). Overlappende konfidensintervall viser at det ikke var signifikant forskjell i endring mellom gruppene.

Det var signifikant økning i risiko for å snuse i 2019 for både menn og kvinner, og økningen i risiko var særlig stor for kvinner med 537 %, og signifikant større endring enn for menn (tabell 4). Det var også signifikant økning i alle aldersgrupper, men endringene var ikke signifikant forskjellig mellom aldersgruppene. Risiko for å snuse hadde økt mest for aldersgruppen 45-66 år med 144%, og minst for aldersgruppen 67-79 år med 68% (tabell 4).

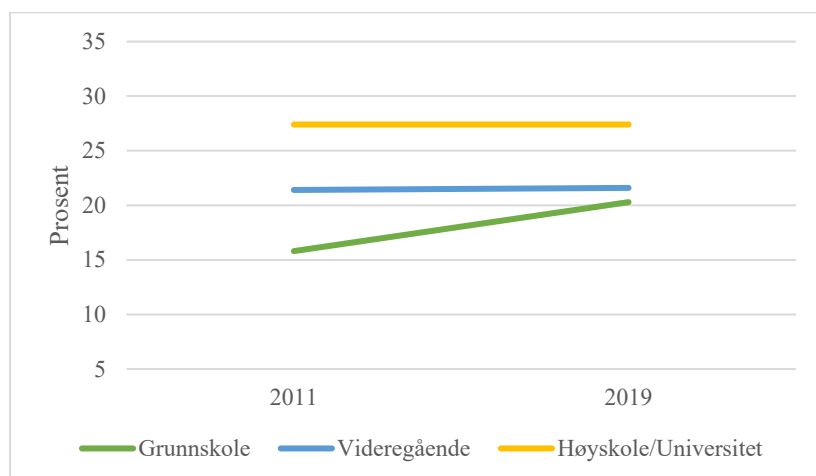
Tabell 4 Antall (N), andel (%) og RR^a for de som snuser (daglig eller av og til) i 2019 sammenlignet med 2011 fordelt på kjønn, alder og utdanning.

	2011		2019		RR	95%CI	p-verdi
	N	%	N	%			
Kjønn							
Mann	871	12,9	1247	20,7	1,67	1,51 – 1,83	<0,001
Kvinne	112	1,4	628	8,2	5,37	4,36 – 6,60	<0,001
Alder							
25-44	557	13,5	1139	24,7	2,05	1,84 – 2,30	<0,001
45-66	381	4,9	649	11,0	2,44	2,11 – 2,80	<0,001
67-79	45	1,7	87	2,7	1,68	1,15 – 2,46	0,008
Utdanning							
Grunnskole	147	4,7	231	13,7	2,34	1,87 – 2,94	<0,001
VGS	540	7,8	811	16,0	2,19	1,94 – 2,47	<0,001
Høyskole/Universitet	296	6,5	833	12,0	2,15	1,87 – 2,44	<0,001

^a Justerte RR fra andelen som snuser (innen hver rad) i 2019 i forhold til 2011, justert for alle andre variabler i tabellen.

5.3.3 Alkoholbruk

Både i 2011 og 2019 var det høyest andel som drikker alkohol to ganger i uken eller mer i gruppen med høyskole-/universitetsutdanning og lavest andel for gruppen med grunnskoleutdanning (figur 4 og tabell 5). Det var ingen endring i andel fra 2011 til 2019 for videregående utdanning og høyskole-/universitetsutdanning. For gruppen med grunnskoleutdanning var det en klar økning fra 2011 til 2019 (figur 4).



Figur 4 Grafisk fremstilling over endring i andel (%) som drikker alkohol to ganger eller mer i uken fra 2011 til 2019 for hver av de ulike utdanningsgruppene. Basert på dikotomiserte variabler, ikke justert for alder og kjønn.

Log-binominal regresjonsanalyse justert for alder og kjønn viste ingen endring for i andel som drikker alkohol to ganger i uken eller mer for videregående utdanning (RR=0,96; CI: 0,88-1,04) og høyskole-/universitetsutdanning (RR=0,94; CI: 0,87-1,02) (tabell 5). Det var en signifikant økning i risiko for gruppen med grunnskoleutdanning med 30% (RR=1,30; CI: 1,12-1,15). Økningen for grunnskole hadde ikke overlappende konfidensintervall med de to andre utdanningsgruppene, og var derfor signifikant forskjellig fra de to andre gruppene (tabell 5). Det var ingen signifikant endring i RR for å drikke alkohol mer enn to ganger i uken i 2019 for verken menn, kvinner eller aldersgruppen 25-44. For aldersgruppen 45-66 år var den en signifikant nedgang med 8%. Det var en signifikant økning i risiko for aldersgruppen 67-79 år med 31% (tabell 5).

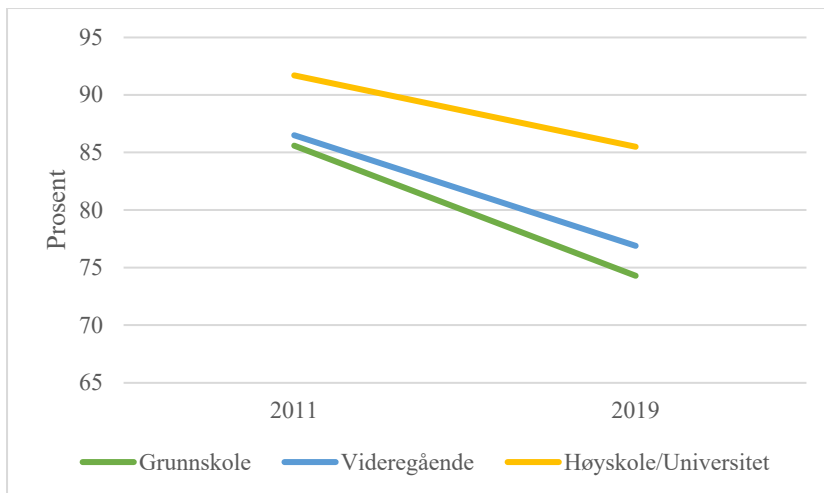
Tabell 5 Antall (N), andel (%) og RR^a for de som drikker alkohol to ganger i uken eller mer i 2019 sammenlignet med 2011 fordelt på kjønn, alder og utdanning.

	2011		2019		RR	95%CI	p-verdi
	N	%	N	%			
Kjønn							
Mann	1795	26,7	1815	30,2	1,02	0,94 – 1,10	0,628
Dame	1424	18,1	1519	19,9	0,97	0,90 – 1,06	0,532
Alder							
25-44	532	12,9	600	13,0	1,00	0,88 – 1,14	0,936
45-66	2018	25,8	1519	25,8	0,92	0,86 – 1,00	0,044
67-79	669	24,9	1215	38,3	1,31	1,17 – 1,47	<0,001
Utdanning							
Grunnskole	499	15,8	342	20,3	1,30	1,12 – 1,15	0,001
VGS	1479	21,4	1094	21,6	0,96	0,88 – 1,04	0,300
Høgskole/Universitet	1241	27,4	1898	27,4	0,94	0,87 – 1,02	0,158

^a Justerte RR fra andelen som drikker alkohol to ganger i uken eller mer (innen hver rad) i 2019 i forhold til 2011, justert for alle andre variabler i tabellen.

5.3.4 Kosthold/frukt

Både i 2011 og 2019 var det høyest andel som spiser frukt minimum to ganger i uken for gruppen med høyskole-/universitetsutdanning, og lavest andel for gruppen med grunnskoleutdanning (figur 5 og tabell 6). For alle tre utdanningsgruppene var det en klar nedgang i andel fra 2011 til 2019 (figur 5).



Figur 5 Grafisk fremstilling over endring i andel (%) som spiser frukt minimum to ganger i uken fra 2011 til 2019 for hver av de ulike utdanningsgruppene. Basert på dikotomiserte variabler, ikke justert for alder og kjønn.

Log-binominal regresjonsanalyse justert for alder og kjønn viste en signifikant nedgang i andelen som spiser frukt minimum to ganger i uken for alle tre utdanningsgruppene (tabell 6). For gruppen med grunnskoleutdanning var nedgangen 11% (RR=0,89; CI: 0,81-0,97), for videregående utdanning var nedgangen 12% (RR=0,88; 0,83-0,93), og for gruppen med høyskole-/universitetsutdanning var nedgangen 7% (RR=0,93; CI: 0,88-0,98). Konfidensintervallene for de tre utdanningsgruppene, viste ingen statistisk signifikant forskjell i endring mellom de tre gruppene (tabell 6).

Det var signifikant nedgang for begge kjønn, og ingen forskjell mellom kjønnene. Det var også signifikant nedgang for aldersgruppene 25-44 år og 45-66 år. Nedgangen var lik for begge gruppene. For aldersgruppen 67-79 år var det uendret andel som spiste frukt minimum to ganger i uken fra 2011 til 2019 (tabell 6).

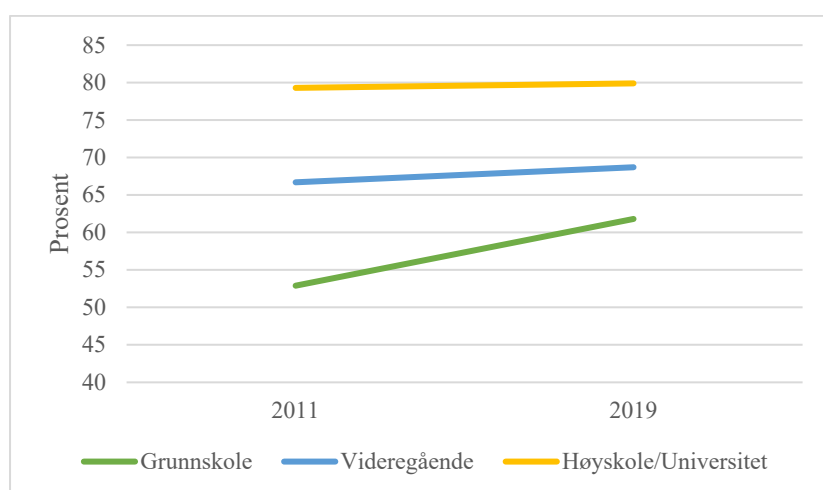
Tabell 6 Antall (N), andel (%) og RR^a for de som spiser frukt minst to ganger i uken i 2019 sammenlignet med 2011 fordelt på kjønn, alder og utdanning.

	2011		2019		RR	95%CI	p-verdi
	N	%	N	%			
Kjønn							
Mann	5630	83,6	4680	77,8	0,91	0,86 - 0,95	<0,001
Kvinne	7211	91,6	6379	83,5	0,90	0,85 - 0,94	<0,001
Alder							
25-44	3436	83,6	3473	75,5	0,88	0,83 - 0,94	<0,001
45-66	6962	89,1	4770	81,0	0,89	0,85 - 0,94	<0,001
67-79	2443	91,1	2816	88,8	0,96	0,89 - 1,04	0,300
Utdanning							
Grunnskole	2696	85,6	1252	74,3	0,89	0,81 - 0,97	0,008
VGS	5991	86,5	3893	76,9	0,88	0,83 - 0,93	<0,001
Høyskole/Universitet	4154	91,7	5914	85,5	0,93	0,88 - 0,98	0,006

^a Justerte RR fra andelen som spiser frukt minimum to ganger i uken (innen hver rad) i 2019 i forhold til 2011, justert for alle andre variabler i tabellen.

5.3.5 Fysisk aktivitet

Både i 2011 og 2019 var det høyest andel som driver med fysisk aktivitet i gruppen med høyskole-/universitetsutdanning, og lavest andel for gruppen med grunnskoleutdanning (figur 6 og tabell 7). For gruppen med grunnskoleutdanning var det en klar økning fra 2011 til 2019, mens det var kun en svak økning for videregående utdanning, og ingen endring for høyskole-/universitetsutdanning (figur 6).



Figur 6 Grafisk fremstilling over endring i andel (%) som er fysisk aktive fra 2011 til 2019 for hver av de ulike utdanningsgruppene. Basert på dikotomiserte variabler, ikke justert for alder og kjønn.

Log-binominal regresjonsanalyse justert for kjønn og alder viste en signifikant økning i andel som driver med fysisk aktivitet for grunnskoleutdanning fra 2011 til 2019. Risiko for å drive med fysisk aktivitet var for denne gruppen økt med 17% (tabell 7). For gruppen med videregående utdanning og høyskole-/universitetsutdanning var det ingen signifikant endring i andel fra 2011 til 2019. Overlappende konfidensintervall for de tre utdanningsgruppene viste at det ikke er statistisk signifikant forskjell mellom de tre gruppene (tabell 7).

Den var ingen signifikant endring i andel som driver med fysisk aktivitet 2011 til 2019 for kvinner, mens det var en liten signifikant økning i risiko for menn med 6% (tabell 7). Den var ingen signifikant endring for aldersgruppene 25-44 år og 45-66 år. For aldersgruppen 67-79 år var det en signifikant økning i andel som driver med fysisk aktivitet fra 2011 til 2019, og risiko var økt med 17 %. Aldersgruppen 67-79 år gikk fra å ha lavest andel som driver med fysisk aktivitet i 2011 til å ha høyest andel i 2019 (tabell 7).

Tabell 7 Antall (N), andel (%) og RR^a for de som driver med fysisk aktivitet i 2019 sammenlignet med 2011 fordelt på kjønn, alder og utdanning.

	2011		2019		RR	95%CI	p-verdi
	N	%	N	%			
Kjønn							
Mann	4213	62,6	4181	69,5	1,06	1,00 – 1,12	0,048
Kvinne	5667	72,0	5862	76,7	1,02	0,97 – 1,07	0,499
Alder							
25-44	2872	69,9	3227	70,1	0,98	0,91 – 1,04	0,477
45-66	5391	69,0	4378	74,4	1,03	0,98 – 1,09	0,308
67-79	1617	60,3	2438	76,9	1,17	1,08 – 1,28	<0,001
Utdanning							
Grunnskole	1665	52,9	1040	61,8	1,17	1,06 – 1,29	0,002
VGS	4623	66,7	3480	68,7	1,03	0,97 – 1,09	0,399
Høyskole/Universitet	3592	79,3	5523	79,9	1,00	0,95 – 1,06	0,960

^a Justerte RR fra andelen som driver med fysisk aktivitet (innen hver rad) i 2019 i forhold til 2011, justert for alle andre variabler i tabellen.

6 Diskusjon

Funnene i studien bekreftet en sosial gradient i helseatferd da det var en høyere andel i gruppen med lav utdanning som generelt hadde en usunn livsstil, med unntak for bruk av snus og alkohol. Utviklingen i helseatferd fra 2011 til 2019 varierte for de ulike helseatferdsvariablene. Det var en nedgang i andelen som røykte for alle utdanningsgruppene, men nedgangen var kun statistisk signifikant for de med videregående og høyskole-/universitetsutdanning, og de sosiale forskjellene ble opprettholdt. Det ble funnet en økning i snusbruk for alle utdanningsgruppene, og selv om det ikke var store forskjeller mellom utdanningsgruppene ved de to undersøkelsesårene, så var det en større økning for de med lavere utdanning enn det var for de med høyere utdanning. For alkoholbruk ble det funnet en omvendt gradient der flere med høyere utdanning rapporterte høyere bruk av alkohol og disse gruppene viste en uendret forekomst. For gruppen med grunnskoleutdanning ble det imidlertid funnet en økning i alkoholbruk fra 2011 til 2019 slik at denne gruppen nærmet seg alkoholforbruket til gruppene med høyere utdanning. For inntak av frukt var det nedgang for alle utdanningsgruppene. Nedgangen var større for gruppen med grunnskoleutdanning og videregående utdanning enn for høyskole-/universitetsutdanning, og dette bidro til at forskjellene mellom de med høy og lav utdanning økte. For fysisk aktivitet var andelen uendret for de med videregåendeutdanning og høyskole-/universitetsutdanning fra 2011 til 2019, mens det var en økning i fysisk aktive for gruppen med grunnskole, noe som førte til mindre sosiale forskjeller i andelen fysisk aktive.

6.1 Bruk av tobakk

6.1.1 Røyking

I denne studien ble det funnet en tydelig nedgang i andelen som oppga å røyke daglig, fra 16,5% i 2011 til 10,9% i 2019. Andelen som svarte at de røyker av og til lå på 6% og var tilnærmet uendret fra 2011 til 2019. I samme periode på nasjonalt nivå, ble det observert en nedgang i dagligrøykere fra 17% til 11%, og en nedgang fra 11% til 9 % for av og til-røykere (Statistisk sentralbyrå, 2020c; Wettergren, 2020). Funnene for Østfold-undersøkelsene for dagligrøykere ligger altså på nivå med gjennomsnittet på landsbasis, og litt under gjennomsnittet for av-og-til røykere.

Videre viste resultatene både i 2011 og 2019 at det var en tydelig sosial gradient mellom røyking og utdanningsnivå, hvor andel røykere stiger med synkende utdanningsnivå. Dette

samsvarer med tidligere studier og statistikk (Helsedirektoratet, 2019a; Hiscock, Bauld, Amos, Fidler & Munafò, 2012; K. E. Lund & Lund, 2005). I Østfold i 2011 var det litt i underkant av dobbelt så mange som røykte i gruppen med grunnskoleutdanning sammenlignet med høyskole-/universitetsutdanning. I 2019 hadde dette gapet blitt større, slik at det var økt til mer enn dobbelt så mange. Funnene viste at det var størst nedgang i andel røykere for de med videregående utdanning og nest størst for høyskole-/universitetsutdanning fra 2011 til 2019. For de med grunnskoleutdanning var det ingen signifikant nedgang. Et lignende mønster med en raskere nedgang i røyking blant de med høyere utdanning sammenlignet med de med lav utdanning er observert i flere land (Giskes et al., 2005). Basert på kunnskap om hvor store konsekvenser røyking har for sosiale ulikheter i helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013c; Kinge et al., 2019; Strand et al., 2010), er dette en utvikling som kan føre til opprettholdelse eller økning av de sosiale helseulighetene som allerede eksisterer.

At det i studien ble funnet flere som røyker i lavere sosioøkonomiske grupper og at dette i mindre grad endret seg over tid, kan knyttes opp mot teori om diffusjon (Rogers, 1995). I henhold til teorien vil sosiale fenomener i befolkningen, som i dette tilfellet røykestopp, først og fremst utbre seg blant høyere sosioøkonomiske lag, videre spre seg i utover i befolkningen med ulik hastighet, og utviklingen følger ofte i et hierarkisk mønster (Osler et al., 2000; Rogers, 1995; Samdal et al., 2018). En slik utvikling ble observert under røykeepidemien gjennom 1900-tallet, og det samme er blitt observert i utviklingen mot en røykfri livsstil (Vedøy, 2014). Likevel er det i denne og andre studier, funnet at den siste delen av utviklingen går ekstra tregt for lavere sosioøkonomiske lag (Osler et al., 2000; Pampel, 2009; Vedøy, 2014). Dette kan muligens skyldes sosiale krefter og fundamentale årsaker relatert til selve ulikhetsstrukturen (Link & Phelan, 1995; Pampel, 2009; Vedøy, 2014).

Mulige medvirkende faktorer til at nedgangen for lavere sosioøkonomiske grupper går sakte, og varierer med sosioøkonomisk posisjon, slik det ble funnet i undersøkelsen, kan diskuteres opp mot både røykestart og røykeslutt. Røykestart kan i stor grad relateres til sosiale faktorer, deriblant foreldres innflytelse. Det er større sjans for ungdom å begynne å røyke hvis de har foreldre som røyker (Hill, Hawkins, Catalano, Abbott & Guo, 2005), noe som kan bidra til å opprettholde denne trenden. I tillegg vil venners holdninger til røyk være av stor vesentlig faktor (Kobus, 2003; Miller, Burgoon, Grandpre & Alvaro, 2006). Røyking er stadig mindre sosialt akseptert i samfunnet, og det økende stigmaet relatert til røyking er særlig synlig i

høyere sosioøkonomiske lag (Stuber, Galea & Link, 2008), så man kan anta at det færre som starter å røyke i miljøer med høyere sosioøkonomisk bakgrunn. Motsatt, basert på Bourdieus teori om at helsevaner kan brukes til å signalisere tilhørighet og posisjon (Wold & Samdal, 2009), så kan røyking i visse grupper fungere som et symbol på tilhørighet (Sæbø, 2013).

Ulikhet i nedgang kan også sees opp mot ulikhet i røykeslutt (M. Lund, Lund & Rise, 2005). Studier har vist at sosioøkonomisk tilhørighet både kan være av betydning for om man gjør forsøk på å slutte å røyke (Reid et al., 2010), men det er også funnet at ønske om å slutte er likt uavhengig av sosioøkonomisk gruppe (Kotz & West, 2009). Når det kommer til slutttrate er det høyere suksess for personer med høyere sosioøkonomisk bakgrunn (Kotz & West, 2009; Lindström, Hanson, Östergren & Berglund, 2000; M. Lund et al., 2005; Reid et al., 2010). I en oversiktsartikkel fra 2012 som tar for seg sosioøkonomiske forskjeller i røykevaner, listes disse faktorene opp som av betydning for hvorfor man ser en ulik suksessrate for slutforsøk; mindre sosial støtte, større nikotinavhengighet (på grunn av tobakkstype og røykevaner), mindre motivasjon, lavere mestringstro, stress og vanskeligere å fullføre røykesluttprogram (Hiscock et al., 2012). Dette kan tyde på at man trenger en tilpasset tilnæringsmetode for å hjelpe grupper med lavere sosioøkonomisk posisjon i prosessen mot å bli røykfri. Røyketiltak i Norge har først og fremst vært rettet mot alle grupper røykere, og har ikke skilt mellom ulik sosioøkonomisk bakgrunn (K. E. Lund & Lund, 2005; Steiro, Smedslund & Hammerstrøm, 2007).

Ut fra informasjonen i denne undersøkelsen kan man ikke vite om nedgangen skyldes hovedsakelig røykeslutt eller at færre begynner å røyke, men det ble funnet størst nedgang i andel røykere fra 2011 til 2019 i den yngste aldersgruppen. Nasjonal statistikk viser at det over lengre tid vært betydelig nedgang i dagligrøykere blant ungdom/unge voksne (Folkehelseinstituttet, 2018h), og basert på at røyking som oftest starter i ungdomsårene (Nuyts, Kuipers, Willemsen & Kunst, 2018), kan det tyde på at nedgang i andel røykere i samfunnet mest sannsynlig skyldes redusert nyrekruttering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013c).

Andre resultater relatert til røyking viste at det var tilnærmet lik forekomst mellom kvinner og menn, med en liten overvekt hos kvinner. Endring fra 2011 til 2019 viste lik nedgang for kjønn. Innen aldersgrupper var det størst andel som svarte at de røykte i gruppen 45-66 år, etterfulgt av den yngste aldersgruppen, og det var lavest andel i den eldste aldersgruppen.

Nasjonale tall viser at forekomsten av andel daglig-røykere er høyest for aldergruppen 50-64 år, og samsvarer med funnet i undersøkelsen. Derimot er forekomsten av andel daglig-røykere høyere for alderen 65-74 år enn for yngre aldersgrupper. Dette bør sees i sammenheng med at det i undersøkelsen ikke ble skilt mellom daglig-røykere og av-og-til røykere, og i en studie på av-og-til-røykere, ble et funnet høyest forekomst av denne røykegruppen blant yngre (Løchen et al., 2017). Nedgangen fra 2011 til 2019 var størst for den yngste aldergruppen. For aldersgruppen 67-70 år ble det ikke observert noen endring i andel røykere fra 2011 til 2019.

6.1.2 Snusbruk

Undersøkelsen viste at det var en økning i snusbruk fra 4,5% i 2011 til 11% i 2019. Andel som svarte at de snuste av og til holdt seg stabil på 2 % ved begge årstallene. Andre undersøkelser fra Norge viser også en økning i snusbruk i samfunnet (Folkehelseinstituttet, 2018i; K. E. Lund et al., 2017) Dette kan ha sammenheng med at røyking har synkende popularitet. Flere studier har vist at snusbruk er den mest brukte metoden for røykeslutt snus (Folkehelseinstituttet, 2018g; Lindström, 2007; Wiium, Øverland & Aarø, 2011), og funn tyder også på at snus kan føre til nedgang i røykestart (K. E. Lund et al., 2017). Økningen man har sett kan også ha sammenheng med at snusing er en måte å nyte tobakk på som ikke er skadelig for andre, og samtidig det mindre helseskadelig enn sigaretter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013a) Snusing er også mindre relatert til stigma, og i yngre miljøer kan det ses på som trendy å snuse (Sæbø, 2013).

Det var størst andel snusbrukere blant de med videregående utdanning både i 2011 og 2019. Snus hadde i oppstarten av sin popularitet rundt år 2000 et lite overtall av brukere blant høyskole-/universitetsutdanning, tett fulgt av videregående utdanning. Den videre utviklingen og forekomsten har vært veldig jevn for alle tre utdanningsgruppene (Folkehelseinstituttet, 2018i), slik det også ble funnet i denne undersøkelsen fra Østfold der andelen snusbrukere økte fra 2011 til 2019 i alle tre gruppene. Tall fra SSB viser at grunnskole passerte videregående utdanning og høyskole-/universitetsutdanning i andel som bruker snus daglig i 2014, mens nivået for grunnskole- og videregåendeutdanning er jevnt i 2019 (Folkehelseinstituttet, 2018i). Dette stemmer godt overens med funnene i denne undersøkelsen, der økningen var størst for de med grunnskoleutdanning, nest størst for de med videregående utdanning, og tett fulgt av de med høyere utdanning. Gruppen med grunnskoleutdanning gikk dermed forbi høyskole-/universitetsutdanning i forekomst i fra 2011 til 2019, selv om det ikke ble funnet signifikant forskjell i endring mellom

utdanningsgruppene. Ser man på utbredelsen av snus som helhet siden rundt år 2000, var det altså en kort periode en liten overvekt av brukere med høyere sosioøkonomisk posisjon, slik man ofte ser ved utbredelsen av nye ideer/fenomener i samfunnet (Rogers, 1995). Utbredelsen av snus har ikke likevel ikke fulgt et like tydelig hierarkiske mønster som for eksempel ved utbredelsen av røyking. Dette kan ha sammenheng med at mange som bruker snus, i utgangspunktet allerede har brukt eller bruker tobakk i form av sigaretter, og forekomsten av røykere er høyere innen lavere utdanning (M. Lund et al., 2014).

I denne undersøkelsen ble det også funnet noen forskjeller i utvikling i bruk av snus for kjønn og ulike aldersgrupper. Totalt ble det funnet flere snusbrukere blant menn, men økningen var størst, og mer markant, for kvinner. Dette kan sees opp mot mønsteret for utbredelse av tobakk, der økningen blant kvinner kom senere enn for menn (M. Lund et al., 2014; Skretting, Bye, Vedøy & Lund, 2016), og funnene samsvarer også med nasjonale tall (Statistisk sentralbyrå, 2020d). Det ble funnet høyest forekomst av snusbrukere i den yngste aldersgruppen for begge årene, mens den relative økningen var størst for gruppen 45-66 år. Dette funnet kan ha sammenheng med at snus av mange blir benyttet som middel for å slutte å røyke (K. E. Lund et al., 2017), noe som underbygges av at det også ble funnet størst andel røykere i denne aldersgruppen. Bruk av den ene tobakksformen utelukker riktignok ikke den andre, og det fremkommer ikke i studien hvem som har benyttet seg av røyk tidligere, eller om de bruker bruke begge tobakksformene. Selv om snus anses som mindre helseskadelig enn sigarettøyk, og det er en positiv utvikling hvis bruk snusbruk fører til nedgang av røyking, er det bekymringsfullt hvis folk som ellers ikke ville begynt å røyke tar i bruk snus (K. E. Lund et al., 2017).

6.2 Alkoholbruk

Undersøkelsen viste ingen store endringer i alkoholbruk fra 2011 til 2019. Det var en liten nedgang i andel som svarte at de aldri drikker. Den største økningen ble observert i kategorien «Drikker alkohol 2 -3 ganger i uken», og her økte andelen fra 17,8% i 2011 til 19,8% i 2019. Selv om de observerte endringene var små, samsvarer funnene med utviklingen som er observert ved tidligere studier av alkoholbruken i Norge. Alkoholkonsumet i samfunnet har vært økende over tid, og det er også sett endring i drikkemønster, som innebærer en utvikling mot av at det er flere som drikker oftere (Elstad, 2013; Steiro et al., 2007).

Resultatene for alkoholbruk i de ulike utdanningsgruppene, viste både i 2011 og 2019 at det var større andel med høyskole-/universitetsutdanning som drakk to ganger i uken eller mer, etterfulgt av gruppen med videregående utdanning, mens det var lavest andel i gruppen med grunnskoleutdanning. Det ble altså funnet en omvendt sosial gradient, hvor høyere utdanningsnivå samsvarer med høyere drikkefrekvens, slik det også er funnet i andre undersøkelser (Elstad, 2013; Folkehelseinstituttet, 2018a; Horverak & Bye, 2007)..

Det var ingen signifikant nedgang i andel som drikker alkohol to ganger i uken eller mer for høyskole-/universitetsutdanning og videregåendeutdanning fra 2011 til 2019. Men for samme periode økte andelen som drikker alkohol to ganger i uken eller mer i gruppen med grunnskoleutdanning med 30 %. Dette medførte at det i 2019 var nesten like stor andel i gruppen med grunnskoleutdanning, som i gruppen videregåendeutdanning, som drakk alkohol to ganger i uken eller mer. Tidligere internasjonale studier har pekt på en trend mot homogenisering i drikkemønster (Leifman, 2001; Simpura & Karlsson, 2001), men en studie gjort i Norge i perioden 1993-2000 fant ingen utjevning av alkoholforbruket etter sosioøkonomisk posisjon (Strand & Steiro, 2003). Det samme ble konkludert i en studie som så på mønsteret i Norge fra 1970-tallet og frem til 2005 (Elstad, 2013). Likevel er det mulig at gruppen med grunnskoleutdanning har begynt å «følge etter» høyere utdanning når det gjelder drikkemønster. Det er ved tidligere studier påpekt at det økende vinkonsum i samfunnet kan tyde på en overgang mot et mer sør-europeisk drikkemønster, som innebærer at man drikker oftere, til måltider, og i forholdsvis små mengder (Hupkens, Knibbe & Drop, 1993; Strand & Steiro, 2003). Det er også diskutert om det dette mønsteret har tatt over, eller legger seg oppå det eksisterende forbruket, og det er mer som tyder på det siste (Strand & Steiro, 2003). Funnene i undersøkelsen kan indikere at det har begynt å skje en endring i drikkemønster for de med lavere utdanning, mot det mønsteret som allerede har utbredt seg i høyere sosiale lag. At denne utviklingen skjer senere i gruppen for grunnskoleutdanning samsvarer med teori om diffusjon for hvordan nye trender utvikler seg i samfunnet, som starter i høyere sosiale grupper, og etterhvert sprer seg nedover til lavere sosiale lag (Elstad, 2013; Rogers, 1995). At de med lav sosioøkonomisk posisjon kan se ut til å drikke alkohol oftere kan gi grunn til bekymring, da det har blitt spekulert om at grupper med lavere sosioøkonomisk posisjon er mer sårbare for alkoholens negative konsekvenser (Østhus et al., 2016). Samtidig er det viktig å understreke at i denne studien fra Østfold har ikke relevant informasjon som antall enheter, type alkohol og eventuell risikorelatert drikkeatferd blitt undersøkt. Det er derfor usikkert hvilke helsefølger en slik utvikling kan ha.

Videre ble det i undersøkelsen funnet at det var en høyere andel menn enn kvinner, som drikker to ganger i uken eller mer, og det var ingen endring fra 2011 til 2019. Andelen som drakk alkohol var også uendret for de to yngste aldersgruppene, mens det var en økning på 31% for den eldste aldersgruppen. At det er en større andel menn og eldre som drikker oftere, samsvarer med tidligere befolkningsundersøkelser (Folkehelseinstituttet, 2018a). Samtidig viser nasjonale tall nedgang i alkoholforbruk for aldersgruppen 65-79 år fra 2014 til 2017 (Folkehelseinstituttet, 2018b). Det er mulig at den kraftige økningen fra 2011 til 2019 for den eldste aldersgruppen kan ha sammenheng med at metoden for datainnsamling ble endret fra å være per brev i 2011 til per epost i 2019, og at dette kan ha gitt en systematisk utvalgsskjevhet for den eldste aldergruppen.

6.3 Inntak av frukt

Resultatene fra den univariate analysen viste en nedgang i andel som spiser frukt daglig fra 2011 til 2019. At det ble funnet nedgang i fruktspising var noe overraskende, og i strid med tidligere utvikling, som har vist stadig økende forbruk av frukt og bær (Helsedirektoratet, 2018; Sælensminde, Johansson & Helleve, 2016). Men funnene i denne undersøkelsen stemmer derimot overens med nyere nasjonale tall, som har vist en nedgang i inntak av frukt og bær siden 2014 (Helsedirektoratet, 2019b). Dette er en uheldig utvikling, og kan tyde på at tiltakene for om å øke forbruket av frukt for hele befolkningen med 20% innen 2021 ikke har tilstrekkelig effekt (Berg & Underland, 2012; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013c). En mulig årsak kan også være en indirekte konsekvens av økende sunnhetsfokus. De senere årene har det vært en økende interesse for kostholdsråd (Bugge, 2012). Det har vært en fremvekst av ulike dietter, og det er vist signifikant økning i andel som ønsker å begrense inntaket av karbohydrater (Bugge, 2012). En australsk studie fra 2018 gjorde en gjennomgang av kostholdsråd på populære nettsider og blogger, og fant at flere kostholdsråd var uten vitenskapelig grunnlag, og ofte i konflikt med nasjonale anbefalinger. De fant også nettsider som anbefalte å begrense fruktinntak. De konkluderte med at denne utviklingen kan føre til forvirring og skepsis til nasjonale råd (Ramachandran et al., 2018).

Resultatene for både 2011 og 2019 viste at andel som spiser frukt to ganger i uken eller oftere, var høyere jo høyere utdanning man har. Den positive korrelasjonen mellom sosioøkonomisk posisjon og fruktinntak er også observert i flere andre studier (Giskes, Turrell, Patterson & Newman, 2002; Melnæs et al., 2012; Pechey, Monsivais, Ng & Marteau, 2015), og kan ha

sammenheng med sosiale ulikheter innen flere felt, slik som økonomi, kunnskap og sosialt miljø (Giskes et al., 2002; Glasson, Chapman & James, 2011; Lindström, Hanson, Wirfält & Östergren, 2001). Videre viste resultatene for endring fra 2011 til 2019 at det var en statistisk signifikant nedgang for alle tre utdanningsgruppene. Nedgangen var lik for grunnskole og videregående utdanning, mens nedgangen var litt mindre for gruppen med høyskole-/universitetsutdanning. Dette førte til en liten økning i den sosiale gradienten for fruktinntak mellom høy og lavere utdanning fra 2011 til 2019, selv om utviklingen ikke var statistisk signifikant. At nedgangen var større for de med lav utdanning kan skyldes ulik kunnskap og ressurser til å følge myndighetenes råd. Helsedirektoratet anbefaler daglig inntak av frukt som en del av «5 om dagen». (Bugge, 2012). En studie gjort i Storbritannia viste at de fleste kjente til «5 om dagen», men at det var det mangelfull kunnskap og ulik forståelse for hva det innebærer i praksis (Rooney et al., 2017). I denne studien ble det ikke undersøkt sammenheng med utdanning, men basert på at mottakelighet for råd og informasjon kan variere for ulike sosioøkonomiske grupper (Cutler & Lleras-Muney, 2010), kan det være med på å forklare variasjonen i forekomst mellom de ulike utdanningsgruppene.

Videre ble det i undersøkelsen det funnet litt høyere fruktinntak hos kvinner, men det ble ikke funnet kjønnsforskjeller i nedgang fra 2011 til 2019. Undersøkelsen viste også at det spises minst frukt i den yngste aldersgruppen, og at inntaket øker med alder. Det var nedgang i alle aldersgruppene, men nedgangen var ikke signifikant i aldersgruppen 67-79 år. At det er avtagende forekomst av frukt i kostholdet kan indikere at det er hensiktsmessig med gjeninnføring av gratis frukt for barn og unge i skolen.

6.4 Fysisk aktivitet

Resultatene i denne undersøkelsen viste en økning i totalandel som oppgir å være fysisk aktive fra 2011 til 2019. Tilsvarende funn har man fra andre norske studier over andel aktive ved tidligere tidsperioder (Kurtze, Gundersen & Holmen, 2003; Ommundsen & Aadland, 2009). I studien ble det kun undersøkt andelen som var fysisk aktive, og ikke forhold som intensitet eller hvor ofte respondentene var aktive, og det kan ikke trekkes noen slutning om endringer i det totale aktivitetsnivået i populasjonen. Men at flere oppgir å være fysisk aktive er i seg selv positivt, basert på det man vet om helsegevinsten ved å være fysisk aktiv (Haskell, Blair & Hill, 2009).

Resultatene viste også for både 2011 og 2019, at andel fysisk aktive i de ulike utdanningsgruppene følger den sosiale gradienten. Det vil si at det var flere som er fysisk aktive jo høyere utdanning de har. Dette er en kjent sammenheng funnet i flere studier både nasjonalt og internasjonalt (Breivik & Rafoss, 2017; Pampel et al., 2010). Resultatene fra den log-binomiale regresjonsanalysen viste at økningen i andelen som var fysisk aktive ble funnet i gruppen med grunnskoleutdanning, og det var ingen endring i andel som var fysisk aktive for de med videregående og høyskole-/universitetsutdanning fra 2011 til 2019. De observerte forskjellene i endring mellom gruppene ikke statistisk signifikant, men det kan likevel tyde på en positiv tendens for den gruppen med lavest utdanning.

En mulig forklaring for de ulike mønstrene kan igjen relateres til teori om diffusjon (Rogers, 1995, 2002). Det har de senere årene vært økt fokus på de helsefremmende effektene av fysisk aktivitet, selv ved aktivitet i små mengder (Ommundsen & Aadland, 2009). I henhold til teori om diffusjon kan dette budskapet ha nådd gruppene med høyere sosioøkonomisk bakgrunn tidligere, slik at bevissthet og atferd relatert til fysisk aktivitet allerede er utbredt i disse gruppene. Tallene fra 2011 kan tyde på dette, da de viste at hele 66,7 % var fysisk aktive blant de med videregående utdanning og 79,3 % blant de med høyskole-/universitetsutdanning allerede da. Grupper med høyere utdanning har et bedre utgangspunkt til å ta imot helseinformasjon, og er tidligere ute med å implementere ønsket helseatferd (Protheroe et al., 2017; Rogers, 1995). Økningen som ble observert for grunnskoleutdanning kan henge sammen med at denne gruppen har ligget etter i utviklingen (Ommundsen & Aadland, 2009; Rogers, 1995), men at de sakte endrer helseatferd i positiv retning.

Videre ble det ikke funnet endring i fysisk aktivitet for kvinner, men en liten økning for menn. Med hensyn til alder, så var andelen fysisk aktive uendret fra 2001 til 2019 for de to yngste aldersgruppene. Men aldersgruppen 67-79 år hadde en signifikant økning i andelen som var fysisk aktive, og gikk fra å ha lavest andel som var fysiske aktive til å bli den gruppen med størst andel. En mulig forklaring kan være at eldre nå har generelt bedre helse noe som igjen fører til flere aktive (Aunsmo & Holmen, 2017), men en oversikt over selvrappport helse fra 2002 til 2015 viser derimot minimalt med endring i helse for alderen 65-79 år (Folkehelseinstituttet, 2018c). En ytterligere faktor kan være at oppfattelse av begrepet «fysisk aktivitet» har blitt utvidet som et resultat av et økt fokus rundt det å være aktiv (Ommundsen & Aadland, 2009), noe som kan bli forsterket på grunn av forskyving av alderskohort som deltar i undersøkelsen. Det er lite trolig at dette skulle ha stor betydning

ettersom det er en relativ kort tidsperiode mellom studiene. Da er det mulig en annen metodesvakhet kan ha påvirket resultatene ved at i 2011 ble undersøkelsene besvart per brev, mens undersøkelsen i 2019 ble gjennomført digitalt. Tidligere karlegginger indikerer at eldre som bruker internett har bedre helse, noe som kan ha ført til en skjevhet i utvalget (Vedlegg 2).

6.5 Metodediskusjon

6.5.1 Valg av studiedesign og metode

Hensikten med studien var å se på endring over tid for de utvalgte variablene, for å et inntrykk av en utvikling i de ulike sosioøkonomiske gruppene. Det ble benyttet repetert tverrsnittstudie. Ved å benytte seg av tverrsnittundersøkelse som er gjentatt med mest mulig identisk fremgangsmåte, gir det muligheten til å studere en trend (Ringdal, 2018). I dette tilfellet ble det kun benyttet to undersøkelser, slik at det er begrenset informasjon til å slå fast om det er en tilfeldig endring mellom de to årstallene eller om det representerer en trend.

Fordelen ved å bruke tverrsnittsundersøkelser er at man på en enkel måte kan få informasjon fra et stort antall mennesker på et gitt tidspunkt, og det er godt egnet for å sammenligne og strukturere informasjon (Ringdal, 2018). En tverrsnittstudie gir en beskrivelse av populasjonen utvalget er trukket fra, men man kan ikke bruke slike studier til å konkludere om årsaksforklaringer, og man mister muligheten til detaljert og dyp informasjon som man kunne fått med en kvalitativ tilnærming (Ringdal, 2018).

Dataene som ble benyttet var innsamlet ved to uavhengige tverrsnittsundersøkelser, med to tilfeldige utvalg. Ulempen med dette er at vi ikke får informasjon om individendring, men kun netto endring innad for de ulike gruppene (Firebaugh, 1997). Et alternativ for å undersøke individendring, ville vært å anvende såkalt prospektiv undersøkelse (panel), hvor et utvalg individer følges over tid, med minimum to måletidspunkter (Ringdal, 2018). Det var det ikke ressurser til i denne studien. Det ble benyttet allerede foreliggende data (sekundærdata), noe som ga tilgang til et større datamateriale enn det som hadde vært mulig å oppnå på egenhånd ut fra rammene for studien. En annen fordel med sekundærdata er muligheten til å studere situasjoner tilbake i tid, som gir anledning til å sammenligne dagsaktuelle data med tidligere data. Samtidig kan bruk av sekundærdata legge noen begrensninger, ettersom dataene allerede er innsamlet, og ikke kan tilpasses studiens formål (Ringdal, 2018). Derfor er det en viktig

forutsetning ved bruk av sekundærdata at dataene kan besvare det aktuelle forskningsspørsmålet.

6.5.2 Databehandling og statistiske tester

Av hensyn til statistisk metode var det nødvendig å dikotomisere variablene. Ulempen ved å dikotomisere er at det fører til tap av informasjon, og det kan også være utfordring å finne den mest hensiktsmessige grenseverdi/skillelinje (Skovlund, 2017). For variablene røyking og snusing ble *daglig bruk* og *bruk av og til* slått sammen. Ved å måle endring uten å skille mellom disse to nyansene av bruk, mister man informasjonen om hvor mange som potensielt har gått fra å benytte seg at tobakk daglig til av og til, som kunne vært et nyttig funn. På grunn av helserisikoen ved å røyke av-og-til (Inoue-Choi et al., 2017), ble det likevel ansett som mest hensiktsmessig å skille mellom *bruk* av røyk og snus, og *ingen bruk*. Noe mer utfordrende var det å dikotomisere variablene alkoholbruk og fruktinntak. Begge variablene hadde mange svaralternativer, og det måtte gjøres et valg for å sette en egnet skillelinje for det vi ønsket å måle. For alkohol er det ingen klar grense for hvor skillet mellom skadelig og ikke-skadelig alkoholbruk går, da det avhenger av mange faktorer (Skretting et al., 2016). Det ble valgt å sette skillet for alkoholinntak på *to ganger i uken eller mer*. I en lignende studie gjort av Elstad (2013) er skillet for alkoholbruk satt ved samme verdi. Dette skillet vil også kunne favne personer med et ikke-skadelig og moderat alkoholinntak (Rehm, Gmel, Sempos & Trevisan, 2003). Det er derfor vanskelig å trekke noen slutning relatert til helserisiko for denne variabelen. Det vil likevel kunne gi informasjon om befolkningens endring av alkoholvaner. For variabelen frukt ble det valgt å måle hvor mange som spiser frukt fra to til fire ganger i uke og mer, men den hensikt å undersøke hvor mange som har frukt som del av kostholdet, og hvor mange som nesten aldri spiser frukt. Hvis variablene hadde blitt dikotomisert annerledes er det mulig at det ville ført til andre resultater.

Målet var å undersøke relativ endring for hver av utdanningsgruppene. Som mål på endring er det valgt å benytte seg av relativ risiko fremfor odds ratio (OR). Begrunnelse for dette valget er at bruk av OR for måling av utfall med hyppig forekomst har en tendens til å gi mer ekstreme verdier enn RR (Helsebiblioteket, 2016). Ettersom det ble målt endring for relativt vanlige fenomener, var altså RR ansett som bedre egnet og dette styrker den statistiske validiteten. Signifikansnivået for testene var satt til $p \leq 0,05$. Det er likevel fare for å trekke en falsk konklusjon. I denne undersøkelsen ble analysene gjort på et stort utvalg, noe som øker

risikoen for at falsk positiv konklusjon, type 1-feil, kan forekomme (Bjørndal & Hofoss, 2015).

6.5.3 Validitet og reliabilitet

Validitet sier noe om vi måler det vi ønsker å måle, mens reliabilitet sier noe om målemetoden er pålitelig, altså om gjentatte målinger vil gi likt resultatet (Ringdal, 2018). Etersom studien baserte seg på sekundærdata, ga det noen begrensninger for bruk av variabel/spørsmålsformulering, og ikke alle spørsmålene var like godt egnet for å besvare den aktuelle atferden. Det gjaldt først og fremst spørsmålene om alkoholbruk og fysisk aktivitet. Spørsmålet om alkoholbruk ga ingen informasjon om drikkemønster, og potensielt skadelig bruk. Spørsmålet om fysisk aktivitet var unyansert ettersom det ikke var definerte noe tidsrom, og man vet derfor ingenting om hvor hyppig respondenten er fysisk aktiv. Samtidig var det også fare for ulike tolkninger av hva slags aktivitet som faller inn under fysisk aktivitet. Disse svakhetene er også beskrevet ovenfor i avsnittet hvor funnene diskuteres. Spørsmålene for røyking og snusbruk var stilt på en måte som bør gi begrenset rom for ulike tolkninger. For spørsmålet om fruktinntak ble det presisert at man ikke skal regne med juice eller fruktsaft. Det kan likevel ha vært ulike tolkninger for hva som faller inn under kategorien frukt.

Videre er det alltid en fare for underrapportering i undersøkelser som handler om atferd som ikke er sosialt ønskelig (Ringdal, 2018). Det ser man blant annet i undersøkelser som handler om alkoholbruk, hvor selvrapportering ikke stemmer med omsetningstall (Folkehelseinstituttet, 2018a). Det er i denne undersøkelsen er mulig at feil- eller underrapportering forekommer for alle variablene. Dette har derimot lite trolig at dette har vært av betydning for selve målingen, da effekten av feilrapportering mest sannsynlig har vært lik for begge undersøkelsesårene. Hadde det derimot vært lengre tidsintervall mellom undersøkelsene, kunne holdningsendringer i samfunnet hatt større betydning for forekomsten av underrapportering.

I denne studien var hensikten å undersøke *endring* fra ett årstall til et annet. Det ble gjort et bevisst valg ved å bare inkludere spørsmål og svaralternativer som er formulert tilnærmet likt i de to undersøkelsene. Ved å bruke spørsmål som er stilt likt, vil faren for potensielle feiltolkninger og underrapporteringer, slik som beskrevet ovenfor, være like stor ved begge undersøkelsene, og derfor ha begrenset betydning. Dette bør derfor ha styrket reliabiliteten.

En annen viktig faktor som kan ha hatt betydning for validitet og reliabilitet, er at undersøkelsene er gjort med åtte års mellomrom, og det er derfor skjedd en forskyvning av alderskohort for deltakerne. Respondenter født mellom 1932-1941 er ikke lenger med i undersøkelsen, samtidig som det er tilkommet en ny alderskohort, og man kan få det som kalles kohorteffekten. Dette kan blant annet ha betydning for funn innen røyking, ettersom røyking har gjennom årene hatt ulik popularitet og forekomst for de forskjellige utdanningsgrupper (Ringdal, 2018). Et annet eksempel på effekten av dette kan være ulik tolkning av begrepet «fysisk aktivitet» for ulike alderskohorter (Ommundsen & Aadland, 2009). Man kan gå ut ifra at kohorteffekten kan ha hatt noe betydning for variablene, men tidsintervallet mellom undersøkelsene er kun åtte år, slik at man kan anta at effekten vil være begrenset. Dette påvirker uansett ikke målet for studien, som var å se på endring i samfunnet, og ikke på individnivå.

6.5.4 Generaliserbarhet og skjevheter i utvalget

Både tilrettelegging av utvalget og metode for innsamling, var utført for å få et mest mulig representativt utvalg for befolkningen. Likevel er det fare for skjevheter i utvalget som konsekvens av frafall. Kartleggingens respons og utvalgets størrelse er ikke nødvendigvis avgjørende for utvalgskvaliteten hvis dette frafallet er tilfeldig, men ved systemisk frafall vil det kunne påvirke resultatet (Ringdal, 2018). Erfaringer viser at det er større andel med sunnere helsevaner og god helse som besvarer tilsvarende undersøkelser (Van Loon, Tijhuis, Picavet, Surtees & Ormel, 2003). Dette kom til syne i de returnerte spørreskjemaene, da det ble observert høyere innslag av dårlig helse blant respondentene med ufullstendig utfylling. Det ville sannsynligvis ikke hatt så stor betydning for resultatet for endring mellom de to undersøkelsesårene hvis svarresponsen hadde holdt seg konstant. Derimot var det i undersøkelsen fra 2011 en svarrespons på 38,3%, mens det 2019 var det en svarrespons på i underkant av 20%, noe som altså kan ha ført til en skjevhet for 2019. Videre er det en fare for at gruppen med eldre respondenter som har besvart undersøkelsen i 2019 avviker fra de som er ekskludert fra deltakelse på bakgrunn av kravet om epost-tilgang. De kan tenkes at det er flere med god helse blant eldre som har epost, enn blant de som ikke har epost (Østfold fylkeskommune, 2019), og at dette kan ha ført til en ytterligere skjevhet for utvalget fra 2019. Det var også en høyere andel kvinner og eldre som har besvart undersøkelsen, noe som er forventet med slike undersøkelser (Cheung, Peter, Smit, de Vries & Pieterse, 2017; Østfold fylkeskommune, 2019). Det ble det tatt hensyn til dette ved å justere for kjønn og alder i analysene. Det er usikkert hvorvidt resultatene i denne studien kan overføres til andre

populasjoner eller fylker, men det var heller ikke hensikten med studien, som var å undersøke endringer i Østfold.

7 Konklusjon

Denne studien har gitt et overordnet bilde over endring for de utvalgte livsstilsvariablene som ble undersøkt. Funnene i studien bekrefter den sosiale gradienten i forekomst av helseatferd, og den sosiale gradienten var mest markant for røyking. Resultatene for endring i helseatferd fra 2011 til 2019 viste divergerende utvikling for røyking, snusbruk og fruktinntak. Resultatet for endring i andel fysisk aktive viste en konvergerende utvikling fra 2011 til 2019, og det var kun økning i gruppen for grunnskoleutdanning. Samme utvikling ble sett for alkoholbruk. Her ble det funnet høyere andel som drikker to ganger i uken eller mer blant de med høyskole-/universitetsutdanning, som samsvarer med annen forskning som viser hyppigere alkoholinntak i høyere sosiale lag. Det var uendret fra 2011 til 2019 for høyskole-/universitetsutdanning og videregående utdanning, men en økning for grunnskoleutdanning, som kan tyde på at lavere utdanning «tar etter» høyere utdanning i drikkemønster. Studien kan ikke fortelle noe om helseskadelig alkoholatferd. Det var en generell økning i bruk av snus og en nedgang i frukt i kostholdet for befolkningen i Østfold. Dette er en uheldig utvikling som bør få oppmerksomhet.

Studien har gitt en oversikt over forekomst og endring i helseatferd i Østfold, men kan ikke fortelle noe om årsaker til funnene, selv om mulige teorier er blitt diskutert. Studien kan heller ikke brukes til å gi en total forklaring på hvorfor det er blitt observert økende sosial ulikhet i helse i samfunnet over lengre tid (Kinge et al., 2019; Strand et al., 2010), men basert på funnene er det grunn til å anta at ulikheter i livsstil ikke utelukkes som en av flere årsaker. Et viktig mål i folkehelsearbeidet er å bidra til mindre sosial ulikhet i helse, og innebærer blant annet å legge til rette for sunne levevaner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Det arbeides kontinuerlig for å fremme helse i befolkningen, hindre for tidlig død, og redusere forekomsten av ikke-smittsomme sykdommer. Tiltakene for å fremme sunn livsstil er først og fremst rettet mot befolkningen som helhet. Likevel ble det i denne studien observert økende ulikhet i atferd relatert til røyking, snusbruk og kosthold (frukt), som kan tyde på at tiltakene ikke treffer befolkningen med lik effekt. Dette kan implisere to ting; For det første kan det være behov for å arbeide mer målrettet mot lavere sosioøkonomiske grupper, og tilrettelegge tiltak etter denne gruppens behov. For det andre, basert på kunnskap om kompleksiteten bak atferd og sosial ulikhet i helse, kan det tyde på at arbeidet for å redusere helseulikheter først og fremst bør fokusere mer på underliggende strukturelle forskjeller i den sosiale ulikheten i samfunnet, for først da vil tiltak for å fremme sunn livsstil kunne treffe befolkningen som helhet.

Litteratur

- Anderssen, S. A., Hansen, B. H., Kolle, E., Steene-Johannessen, J., Børsheim, E., Holme, I. & Kan1-gruppen. (2009). *Fysisk aktivitet blant voksne og eldre i Norge. Resultater fra en kartlegging i 2008 og 2009*. (IS-1754). Oslo: Helsedirektoratet.
- Arntzen, A. (2009). Mål for sosial ulikhet. Teoretiske og empiriske vurderinger. *Norsk Epidemiologi*, 12(1), 11-17.
- Aunsmo, R. H. & Holmen, J. (2017). Are elderly HUNT participants healthier than before? *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0557>
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory* (bd. 1) Prentice-Hall Englewood Cliffs, NJ.
- Bandura, A. & Adams, N. E. (1977). Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. *Cognitive Therapy and Research*, 1(4), 287-310.
- Berg, R. C. & Underland, V. (2012). *Effekten av helsefremmende og forebyggende tiltak på kosthold, fysisk aktivitet, overvekt og seksuell helse hos barn og unge* (Rapport fra Kunnskapsenteret nr 6-2012). Oslo: Nasjonalt kunnskapsenter for helsetjenesten.
- Bhupathiraju, S. N. & Tucker, K. L. (2011). Coronary heart disease prevention: Nutrients, foods, and dietary patterns. *Clinica Chimica Acta*, 412(17-18), 1493-1514.
- Bjørndal, A. & Hofoss, D. (2015). *Statistikk for helse- og sosialfagene* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bourdieu, P. (1995). *Distinksjonen: en sosiologisk kritikk av dømmekraften*. Oslo: Pax Forlag.
- Breivik, G. & Rafoss, K. (2017). *Fysisk aktivitet; omfang, tilrettelegging, og sosial ulikhet* (IS-0613). Oslo/Alta: Norges idrettshøgskole, Univesitetet i Tromsø, Helsedirektoratet.
- Bugge, A. B. (2012). *Spis deg sunn, sterk, slank, skjønn, smart, sexy...* (Fagrapport 4-2012). Oslo: Statens institutt for forbruksforskning
- Cheung, K. L., Peter, M., Smit, C., de Vries, H. & Pieterse, M. E. (2017). The impact of non-response bias due to sampling in public health studies: a comparison of voluntary versus mandatory recruitment in a Dutch national survey on adolescent health. *BMC Public Health*, 17(1), 1-10.
- Cutler, D. M. & Lleras-Muney, A. (2010). Understanding differences in health behaviors by education. *Journal of Health Economics*, 29(1), 1-28.
- Dahl, E., Bergli, H. & Wel, K. A. v. d. (2014). *Sosial ulikhet i helse : en norsk kunnskapsoversikt*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe* (Arbetsrapport 14-2007). Stockholm: Institute for Future Studies.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). The " what " and " why " of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.
- Demarest, S., Van Oyen, H., Roskam, A.-J., Cox, B., Regidor, E., Mackenbach, J. P. & Kunst, A. E. (2013). Educational inequalities in leisure-time physical activity in 15 European countries. *European Journal of Public Health*, 24(2), 199-204. Hentet fra <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt061>
- Departementene. (2017). *Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2021)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Dhingra, R., Sullivan, L., Jacques, P. F., Wang, T. J., Fox, C. S., Meigs, J. B., ... Vasan, R. S. (2007). Soft Drink Consumption and Risk of Developing Cardiometabolic Risk Factors and the Metabolic Syndrome in Middle-Aged Adults in the Community. *Circulation*, 116(5), 480-488.
- Ding, D., Do, A., Schmidt, H.-M. & Bauman, A. E. (2015). A widening gap? Changes in multiple lifestyle risk behaviours by socioeconomic status in New South Wales,

- Australia, 2002–2012. *PLoS One*, 10(8), e0135338.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135338>
- Ding, D., Lawson, K. D., Kolbe-Alexander, T. L., Finkelstein, E. A., Katzmarzyk, P. T., Van Mechelen, W., ... Committee, L. P. A. S. E. (2016). The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *The Lancet*, 388(10051), 1311-1324.
- Elstad, J. I. (2005). *Sosioøkonomiske ulikheter i helse - teorier og forklaringer*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Elstad, J. I. (2013). *The hierarchical diffusion model and the changing patterns in health-related habits in Norway since the 1970s. Underlagsrapport til Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. Oslo: NOVA/Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Elstad, J. I., Hofoss, D. & Dahl, E. (2007). Hva betyr de enkelte dødsårsaksgrupper for utdanningsforskjellene i dødelighet? *Norsk epidemiologi*, 17(1), 37-42.
- Firebaugh, G. (1997). *Analyzing repeated surveys*. USA: Sage Publications.
- Folkehelseinstituttet. (2017, 16.01.2020). Indikatorer for ikke-smittsomme sykdommer (NCD): Hovedpunkt. Hentet 10.11.2020 fra <https://www.fhi.no/nettpub/ncd/sammendrag/langt/>
- Folkehelseinstituttet. (2018a, 05.12.2019). Alkohol i Norge: Alkoholbruk i den voksne befolkningen. Hentet 20.11.2020 fra <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/omsetning-og-bruk/alkoholbruk-i-den-voksne-befolkningen/>
- Folkehelseinstituttet. (2018b). Eldre drikker oftere enn yngre. Hentet 13.12.2020 fra <https://www.fhi.no/nyheter/2018/eldre-drikker-oftere-enn-yngre/>
- Folkehelseinstituttet. (2018c, 23.05.2018). Folkehelse rapporten: Helse hos eldre i Norge Hentet 23.11.2020 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/>
- Folkehelseinstituttet. (2018d, 14.05.2018). Folkehelse rapporten: Røyking og snusbruk i Norge. Hentet 18.10.2020 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/royking-og-snusbruk-i-noreg/>
- Folkehelseinstituttet. (2018e). *Helsetilstanden i Norge 2018* (Rapport 2018). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Folkehelseinstituttet. (2018f). *Ti store folkehelseutfordringer i Norge. Hva sier analyse av sykdomsbyrde?* (Notat 2018). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Folkehelseinstituttet. (2018g). Tobakk i Norge: Røykeslutt. Hentet 22.11.2020 fra <https://www.fhi.no/nettpub/tobakkinorge/bruk-av-tobakk/roykeslutt/>
- Folkehelseinstituttet. (2018h). Tobakk i Norge: Utbredelse av sigarettroyking i Norge Hentet 02.12.2020 fra <https://www.fhi.no/nettpub/tobakkinorge/bruk-av-tobakk/utbredelse-av-sigarettroyking-i-norge/>
- Folkehelseinstituttet. (2018i). Tobakk i Norge: Utbredelse av snus i Norge. Hentet 29.11.2020 fra <https://www.fhi.no/nettpub/tobakkinorge/bruk-av-tobakk/utbredelse-av-snus-i-norge/>
- Folkehelseinstituttet. (2019a). Folkehelseprofil 2019 for Østfold Hentet fra <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/folkehelseprofil/>
- Folkehelseinstituttet. (2019b). *Rapport fra folkehelseinstituttet. Helserisiko ved snusbruk* (Rapport 2019, versjon 2). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Folkehelseinstituttet. (2019c). Stadig færre dør av kreft og hjerte- og karsykdom. Hentet 18.09.2020 fra <https://www.fhi.no/nyheter/2019/stadig-farre-dor-av-kreft-og-hjerte-og-karsykdom/>
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid* (LOV-2011-06-24-29). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=folkehelse>

- Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid* (LOV-2017-04-28-23). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>
- Fugelli, P. & Ingstad, B. (2001). Helse - slik folk ser det. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 121(30), 3600-3604.
- Førde, R. (2014). Helsinkideklarasjonen. Hentet fra <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Garrett, N. A., Brasure, M., Schmitz, K. H., Schultz, M. M. & Huber, M. R. (2004). Physical inactivity: direct cost to a health plan. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(4), 304-309.
- Giskes, K., Kunst, A. E., Benach, J., Borrell, C., Costa, G., Dahl, E., ... Judge, K. (2005). Trends in smoking behaviour between 1985 and 2000 in nine European countries by education. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(5), 395-401.
- Giskes, K., Turrell, G., Patterson, C. & Newman, B. (2002). Socio-economic differences in fruit and vegetable consumption among Australian adolescents and adults. *Public Health Nutrition*, 5(5), 663-669.
- Giæver, Ø. & Torgersen, T. P. (2009). Fra forskning til politikk: Utviklingen av en nasjonal strategi mot sosiale helseforskjeller IJ. G. Mæland, S. Westin, J. I. Elstad & Ø. Næss (Red.), *Sosial epidemiologi: sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (s. 339-353). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Glasson, C., Chapman, K. & James, E. (2011). Fruit and vegetables should be targeted separately in health promotion programmes: differences in consumption levels, barriers, knowledge and stages of readiness for change. *Public Health Nutrition*, 14(4), 694-701.
- Hansen, B. H., Anderssen, S. A., Steene-Johannessen, J., Ekelund, U., Nilsen, A. K., Andersen, I. D., ... Kolle, E. (2015). *Fysisk aktivitet og sedatid blant voksne og eldre i Norge - Nasjonal kartlegging 2014-2015* (IS-2367). Oslo: Helsedirektoratet.
- Haskell, W. L., Blair, S. N. & Hill, J. O. (2009). Physical activity: health outcomes and importance for public health policy. *Preventive Medicine*, 49(4), 280-282.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* (Meld. St. nr. 20 (2006-2007)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Stmeld-nr-20-2006-2007-/id449531/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013a). *En framtid uten tobakk. Nasjonal strategi for arbeidet mot tobakkskader 2013-2016*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter20fha/enfremtidutentobakk_nasjonalstrategi.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013b). *Folkehelsemeldingen - God helse - felles ansvar* (Meld. St. 34 (2012-2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013c). *NCD-strategi 2013-2017. For forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/e62aa5018afa4557ac5e9f5e7800891f/ncd_strategi_060913.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Folkehelsemeldinga - Gode liv i eit trygt samfunn* (Meld. St. 19 (2018-2019)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/?ch=1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). Folkehelseloven. Hentet 15.11.2020 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/folkehelsearbeid/id673728/>

- Helsebiblioteket. (2016). Formidle tall Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/formidle-tall>
- Helsedirektoratet. (2016). Kostrådene. Hentet 23.10.2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kostradene-og-naeringsstoffer/kostrad-for-befolkningen>
- Helsedirektoratet. (2018). *Utviklingen i norsk kosthold 2017. Matforsyningsstatistikk og forbruksundersøkelser* (IS-2703). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2019a, 17.01.2020). Statistikk og historikk om røyking, snus og e-sigaretter. Hentet 20.10.2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/tobakk-royk-og-snus/statistikk-om-royking-bruk-av-snus-og-e-sigaretter>
- Helsedirektoratet. (2019b). *Utviklingen i norsk kosthold* (IS-2866). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Hill, K. G., Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Abbott, R. D. & Guo, J. (2005). Family influences on the risk of daily smoking initiation. *Journal of Adolescent Health, 37*(3), 202-210.
- Hiscock, R., Bauld, L., Amos, A., Fidler, J. A. & Munafò, M. (2012). Socioeconomic status and smoking: a review. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1248*(1), 107-123.
- Hjort, P. F. (1982). Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål. I P. E. Lorentzen, J. Åker & T. Berge (Red.), *Helsepolitikk og helseadministrasjon* (s. 11-31). Oslo: Tanum-Norli.
- Holmboe-Ottesen, G., Wandel, M. & Mosdøl, A. (2004). Sosiale ulikheter og kosthold. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening, 124*(11), 1526-1528.
- Horverak, Ø. & Bye, E. K. (2007). *Det norske drikkemønsteret. En studie basert på intervjudata fra 1973-2004* (SIRUS-rapport 2/2007). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Hupkens, C. L., Knibbe, R. A. & Drop, M. J. (1993). Alcohol consumption in the European Community: uniformity and diversity in drinking patterns. *Addiction, 88*(10), 1391-1404.
- Hølen, J. C. (2015). Anonyme data og forskningsetikk. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening, 135*(8), 733-733.
- Inoue-Choi, M., Liao, L. M., Reyes-Guzman, C., Hartge, P., Caporaso, N. & Freedman, N. D. (2017). Association of long-term, low-intensity smoking with all-cause and cause-specific mortality in the National Institutes of Health–AARP Diet and Health Study. *JAMA Internal Medicine, 177*(1), 87-95.
- Johansen, I. H., Baste, V., Rosta, J., Aasland, O. G. & Morken, T. (2017). Changes in prevalence of workplace violence against doctors in all medical specialties in Norway between 1993 and 2014: a repeated cross-sectional survey. *BMJ Open, 7*(8), e017757. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017757>
- Kinge, J. M., Modalsli, J. H., Øverland, S., Gjessing, H. K., Tollånes, M. C., Knudsen, A. K., ... Vollset, S. E. (2019). Association of Household Income With Life Expectancy and Cause-Specific Mortality in Norway, 2005-2015. *JAMA, 321*(19), 1916-1925.
- Kinge, J. M., Sælensminde, K., Dieleman, J., Vollset, S. E. & Norheim, O. F. (2017). Economic losses and burden of disease by medical conditions in Norway. *Health Policy, 121*(6), 691-698.
- Kobus, K. (2003). Peers and adolescent smoking. *Addiction, 98*(Supplement 1), 37-55.
- Koene, R. J., Prizment, A. E., Blaes, A. & Konety, S. H. (2016). Shared Risk Factors in Cardiovascular Disease and Cancer *Circulation, 133*(11), 1104-1114.

- Kolle, E., Stokke, J. S., Hansen, B. H. & Anderssen, S. A. (2012). *Fysisk aktivitet blant 6-, 9- og 15-åringer i Norge. Resultater fra en kartlegging i 2011* (IS-2002). Oslo: Helsedirektoratet.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2019). Nye fylker. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/regionreform/regionreform/nye-fylker/id2548426/>
- Kotz, D. & West, R. (2009). Explaining the social gradient in smoking cessation: it's not in the trying, but in the succeeding. *Tobacco Control*, 18(1), 43-46.
- Kunnskapsdepartementet. (2014). *Prop. 68 L (2013-2014). Endringer i opplæringslova, privatskolelova, og folkehøyskoleloven (leksehjelp m.m.)* Regjeringen. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/83cf593d9ecf4e339fb9af02f8e0a8f1/no/pdfs/prp201320140068000dddpdfs.pdf>
- Kurtze, N., Gundersen, K. T. & Holmen, J. (2003). Selvrapportert fysisk aktivitet i 1980-og 1990-årene—Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT). *Norsk Epidemiologi*, 13(1), 171-176.
- Leifman, H. (2001). Homogenisation in alcohol consumption in the European Union. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 18(Supplement 1), 15-30.
- Lindström, M. (2007). Nicotine replacement therapy, professional therapy, snuff use and tobacco smoking: a study of smoking cessation strategies in southern Sweden. *Tobacco Control*, 16(6), 410-416.
- Lindström, M., Hanson, B. S., Wirfält, E. & Östergren, P.-O. (2001). Socioeconomic differences in the consumption of vegetables, fruit and fruit juices: The influence of psychosocial factors. *The European Journal of Public Health*, 11(1), 51-59.
- Lindström, M., Hanson, B. S., Östergren, P.-O. & Berglund, G. (2000). Socioeconomic differences in smoking cessation: the role of social participation. *Scandinavian Journal of Public Health*, 28(3), 200-208.
- Link, B. G. & Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 80-94.
- Lund, K. E. & Lund, M. (2005). Røyking og sosial ulikhet i Norge. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 125(5), 560-563.
- Lund, K. E., Vedøy, T. F. & Bauld, L. (2017). Do never smokers make up an increasing share of snus users as cigarette smoking declines? Changes in smoking status among male snus users in Norway 2003–15. *Addiction*, 112(2), 340-348.
- Lund, M., Lund, K. E. & Halkjelsvik, T. (2014). Contrasting smokers' and snus users' perceptions of personal tobacco behavior in Norway. *Nicotine & Tobacco Research*, 16(12), 1577-1585.
- Lund, M., Lund, K. E. & Rise, J. (2005). Sosiale ulikheter og røykeslutt blant voksne. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 125(5), 564-568.
- Lunde, E. S. (2019). Finnmarkinger snuser, østfoldinger røyker. Hentet 20.10.2020 fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/finnmarkinger-snuser-ostfoldinger-rokker>
- Lyshol, H. (2020, 11.05.2020). Ny bærekraftsportal hos SSB. Hentet 10.09.2020 fra <https://folkehelseforeningen.no/ny-baerekraftsportal-hos-ssb/>
- Løchen, M.-L., Gram, I. T., Mannsverk, J., Mathiesen, E. B., Njølstad, I., Schirmer, H., ... Jacobsen, B. K. (2017). Association of occasional smoking with total mortality in the population-based Tromsø study, 2001–2015. *BMJ Open*, 7(12), e019107. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019107>
- Mackenbach, J. P., Kulhánová, I., Bopp, M., Borrell, C., Deboosere, P., Kovács, K., ... de Gelder, R. (2015). Inequalities in Alcohol-Related Mortality in 17 European

- Countries: A Retrospective Analysis of Mortality Registers. *PLoS Med*, 12(12), e1001909. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001909>
- Mackenbach, J. P., Kunst, A. E., Cavelaars, A. E. J. M., Groenhouf, F. & Geurts, J. J. M. (1997). Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *The Lancet (British edition)*, 349(9066), 1655-1659.
- McEwen, B. S. (2005). Stressed or stressed out: what is the difference? *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 30(5), 315.
- Melnæs, B. K., Lundberg-Hallén, N., Helland-Kigen, K. M., Lund-Blix, N. A., Myhre, J. B., Johansen, A. M. W., ... Andersen, L. F. (2012). *Norkost 3. En landsomfattende kostholdsundersøkelse blant menn og kvinner i Norge i alderen 18-70 år, 2010-11* (IS-2000). Oslo: Helsedirektoratet
- Micha, R., Wallace, S. K. & Mozaffarian, D. (2010). Red and processed meat consumption and risk of incident coronary heart disease, stroke, and diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Circulation*, 121(21), 2271-2283.
- Miller, C. H., Burgoon, M., Grandpre, J. R. & Alvaro, E. M. (2006). Identifying Principal Risk Factors for the Initiation of Adolescent Smoking Behaviors: The Significance of Psychological Reactance. *Health Communication*, 19(3), 241-252.
- Mozaffarian, D., Fahimi, S., Singh, G. M., Micha, R., Khatibzadeh, S., Engell, R. E., ... Powles, J. (2014). Global Sodium Consumption and Death from Cardiovascular Causes. *New England Journal of Medicine*, 371(7), 624-634.
- Mæland, J. G. (2015). *Forebyggende helsearbeid : i teori og praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2009). *Foundations for health promotion* (3. utg.). Edinburgh: Baillière Tindall/Elsevier.
- NAV. (2020, 14.09.2020). Sykefraværstatistikk. Hentet 12.10.2020 fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravar>
- Nes, R. B., Nilsen, T. S., Hauge, L. J., Eilertsen, M., Gustavson, K., Aarø, L. E. & Røysamb, E. (2020). *Fra nord til sør: Livskvalitet i Norge 2019* (Rapport 2020). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Nordhagen, R., Grøholt, E. K., Graff-Iversen, S. & Major, E. (2014, 07.08.2018). Folkehelserrapporten: Folkehelse i Norge 1814-2014. Hentet 16.09.2020 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/folkehelse-i-historien/folkehelse-i-norge-1814---2014/>
- Norsk senter for forskningsdata. (2020, 14.10.2020). Våre brukere. Hentet 03.11.2020 fra <https://nsd.no/personvernombud/brukere.html>
- Nuyts, P. A., Kuipers, M. A., Willemsen, M. C. & Kunst, A. E. (2018). Trends in age of smoking initiation in the Netherlands: a shift towards older ages? *Addiction*, 113(3), 524-532.
- Næss, Ø., Rognerud, m. & Strand, B. H. (2007). *Sosial ulikhet i helse. En faktaraport* (2007:1). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Ommundsen, Y. & Aadland, A. (2009). *Fysisk inaktive voksne i Norge. Hvem er de–og hva motiverer til økt fysisk aktivitet?* (IS-1740). Oslo: Helsedirektoratet.
- Osler, M., Gerdes, L. U., Davidsen, M., Brønnum-Hansen, H., Madsen, M., Jørgensen, T. & Schroll, M. (2000). Socioeconomic status and trends in risk factors for cardiovascular diseases in the Danish MONICA population, 1982–1992. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 54(2), 108-113.
- Pampel, F. C. (2009). The persistence of educational disparities in smoking. *Social Problems*, 56(3), 526-542.
- Pampel, F. C., Krueger, P. M. & Denney, J. T. (2010). Socioeconomic disparities in health behaviors. *Annual Review of Sociology*, 36(1), 349-370.

- Pechey, R., Monsivais, P., Ng, Y.-L. & Marteau, T. M. (2015). Why don't poor men eat fruit? Socioeconomic differences in motivations for fruit consumption. *Appetite*, 84, 271-279.
- Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger* (LOV-2018-06-15-38). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38/*
- Protheroe, J., Whittle, R., Bartlam, B., Estacio, E. V., Clark, L. & Kurth, J. (2017). Health literacy, associated lifestyle and demographic factors in adult population of an English city: a cross-sectional survey. *Health Expectations*, 20(1), 112-119.
- Ramachandran, D., Kite, J., Vassallo, A. J., Chau, J. Y., Partridge, S., Freeman, B. & Gill, T. (2018). Food trends and popular nutrition advice online—implications for public health. *Online Journal of Public Health Informatics*, 10(2), e213. <https://doi.org/10.5210/ojphi.v10i2.9306>
- Rehm, J., Baliunas, D., Borges, G. L. G., Graham, K., Irving, H., Kehoe, T., ... Taylor, B. (2010). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*, 105(5), 817-843.
- Rehm, J., Gmel, G., Sempos, C. T. & Trevisan, M. (2003). Alcohol-related morbidity and mortality. *Alcohol Research & Health*, 27(1), 39-51.
- Rehm, J., Shield, K. D., Rehm, M. X., Gmel, G. & Frick, U. (2012). *Alcohol consumption, alcohol dependence, and attributable burden of disease in Europe : potential gains from effective interventions for alcohol dependence*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.
- Reid, J. L., Hammond, D., Boudreau, C., Fong, G. T., Siahpush, M. & collaboration, I. (2010). Socioeconomic disparities in quit intentions, quit attempts, and smoking abstinence among smokers in four western countries: findings from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Nicotine & Tobacco Research*, 12(Supplement 1), 20-33.
- Reitsma, M. B., Fullman, N., Ng, M., Salama, J. S., Abajobir, A., Abate, K. H., ... Khera, S. (2017). Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 389(10082), 1885-1906.
- Renzella, J., Townsend, N., Jewell, J., Breda, J., Roberts, N., Rayner, M. & Wickramasinghe, K. (2018). *What national and subnational interventions and policies based on Mediterranean and Nordic diets are recommended or implemented in the WHO European Region, and is there evidence of effectiveness in reducing noncommunicable diseases?* (Health Evidence Network synthesis report 58). København: WHO Regional Office for Europe.
- Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of innovations* (4. utg.). New York: The Free Press.
- Rogers, E. M. (2002). Diffusion of preventive innovations. *Addictive Behaviors*, 27(6), 989-993.
- Rooney, C., McKinley, M. C., Appleton, K. M., Young, I. S., McGrath, A. J., Draffin, C. R., ... Woodside, J. V. (2017). How much is '5-a-day'? A qualitative investigation into consumer understanding of fruit and vegetable intake guidelines. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 30(1), 105-113.
- Samdal, G. B., Meland, E., Eide, G. E., Berntsen, S., Abildsnes, E., Stea, T. H. & Mildestvedt, T. (2018). Participants at Norwegian Healthy Life Centres: Who are they, why do they attend and how are they motivated? A cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(7), 774-781.

- Sheeran, P., Maki, A., Montanaro, E., Avishai-Yitshak, A., Bryan, A., Klein, W. M., ... Rothman, A. J. (2016). The impact of changing attitudes, norms, and self-efficacy on health-related intentions and behavior: a meta-analysis. *Health Psychology, 35*(11), 1178.
- Simpura, J. & Karlsson, T. (2001). Trends in drinking patterns among adult population in 15 European countries, 1950 to 2000: a review. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 18*(Supplement 1), 31-53.
- Skovlund, E. (2017). Dikotomisering av målevariabler – hva er prisen? *Tidsskrift for Den Norske Legeforening, 137*(23-24).
- Skretting, A., Bye, E. K., Vedøy, T. F. & Lund, K. E. (2016). *Rusmidler i Norge 2016*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse: Gradientutfordringen*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Statistisk sentralbyrå. (2017). Høyest utdanningnivå i Oslo. Hentet 05.10.2020 fra <https://www.ssb.no/utdanning/artikler-og-publikasjoner/hoyest-utdanningsniva-i-oslo>
- Statistisk sentralbyrå. (2020a). Helseforhold, levekårsundersøkelsen. 06181: Levevaner, etter kjønn og alder (prosent) 1998-2019. Hentet 01.10.2020 fra <https://www.ssb.no/statbank/table/06181/>
- Statistisk sentralbyrå. (2020b, 15.06.2020). KOSTRA nøkkeltall: Østfold fylkeskommune. Befolkningsprofil. Hentet 10.11.2020 fra https://www.ssb.no/kommunefakta/kostra/ostfold/befolkningsprofil?checkbox_land-uten-oslo=true&checkbox_land-med-oslo=true&checkbox_landsdel=true&checkbox_vis_flere_regioner=true
- Statistisk sentralbyrå. (2020c). Røyk, alkohol og andre rusmidler. 05307: Dagligrøykere og av-og-til røykere, etter kjønn og alder (prosent) 1973 - 2019. Hentet 16.11.2020 fra <https://www.ssb.no/statbank/table/05307/>
- Statistisk sentralbyrå. (2020d). Røyk, alkohol og andre rusmidler. 11427: Daglig snusbrukere og av-og-til-snusbrukere 25-74 år, etter kjønn og utdanningnivå (prosent) 2008-2019. Hentet 10.12.2020 fra <https://www.ssb.no/statbank/table/11427/>
- Statistisk sentralbyrå. (2020e, 26.03.2020). Studenter i høyere utdanning. Hentet 27.10.2020 fra <https://www.ssb.no/utdanning/statistikker/utuvh>
- Statistisk sentralbyrå. (2020f, 02.07.2020). Uføretrygdede. Hentet 06.10.2020 fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/ufore>
- Steiro, A., Smedslund, G. & Hammerstrøm, K. T. (2007). *Tiltak for å redusere røyking, spesielt i grupper med lav sosioøkonomisk status*. (Rapport fra Kunnskapssenteret nr 13-2007). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Strand, B. H., Grøholt, E.-K., Steingrimsdóttir, Ó. A., Blakely, T., Graff-Iversen, S. & Næss, Ø. (2010). Educational inequalities in mortality over four decades in Norway: prospective study of middle aged men and women followed for cause specific mortality, 1960-2000. *BMJ, 340*, c654-c654. <https://doi.org/10.1136/bmj.c654>
- Strand, B. H. & Næss, Ø. (2007). Forskning på sosial ulikhet i helse i Norge. I R. R. Bore (Red.), *På liv og død: helsestatistikk* (s. 74-88). Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Strand, B. H. & Steiro, A. (2003). Alkoholbruk, inntekt og utdanning i Norge, 1993-2000. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening, 123*(20), 2849-2853.
- Stuber, J., Galea, S. & Link, B. G. (2008). Smoking and the emergence of a stigmatized social status. *Social Science and Medicine, 67*(3), 420-430.
- Svendsen, Å. (2004). *Østfold Historie, Bind 4. Fylke i grenseland*. Sarpsborg: Østfold fylkeskommune.
- Sæbø, G. (2013). Sigaretter, snus og status – Om livsstilsforskjeller mellom brukergrupper av ulike tobakksprodukter. *Sosiologisk tidsskrift, 21*(01), 5-32.

- Sælensminde, K., Johansson, L. & Helleve, A. (2016). *Frukt og grønt i skolen - Samfunnsøkonomiske vurderinger 2015* (IS-2434). Oslo: Helsedirektoratet
- Tobakksskadeloven. (1973). *Lov om vern mot tobaksskader* (LOV-1973-03-09-14). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1973-03-09-14>
- Townsend, P. & Davidson, N. (1982). *The Black Report* Harmondsworth: Penguin Books.
- Van Loon, A. J. M., Tjihuis, M., Picavet, H. S. J., Surtees, P. G. & Ormel, J. (2003). Survey non-response in the Netherlands: effects on prevalence estimates and associations. *Annals of Epidemiology*, 13(2), 105-110.
- Vedøy, T. F. (2014). Tracing the cigarette epidemic: An age-period-cohort study of education, gender and smoking using a pseudo-panel approach. *Social Science Research*, 48, 35-47.
- Wettergren, J. (2020, 17.01.2020). Færre røykere, flere snusere. Hentet 16.11.2020
- Wiium, N., Øverland, S. & Aarø, L. E. (2011). Smoking cessation among Norwegian adolescents and young adults: preferred cessation methods. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52(2), 154-160.
- Winkleby, M. A., Jatulis, D. E., Frank, E. & Fortmann, S. P. (1992). Socioeconomic Status and Health: How Education, Income, and Occupation Contribute to Risk Factors for Cardiovascular Disease *American Journal of Public Health*, 82(6), 816-820.
- Wold, B. & Samdal, O. (2009). Levevaner: individuelle valg eller sosiokulturelle produkter? I J. G. Mæland, S. Westin, J. I. Elstad & Ø. Næss (Red.), *Sosial epidemiologi: sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (s. 83-95). Oslo: Gyldendal akademisk.
- World Health Organization. (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: World Health Organization. Hentet fra <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>
- World Health Organization. (2009). *Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Hentet fra https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf
- World Health Organization. (2017). *Fact sheets on sustainable development goals: health targets. Noncommunicable Diseases*. Hentet fra https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/350278/Fact-sheet-SDG-NCD-FINAL-25-10-17.pdf
- World Health Organization. (2020). What are noncommunicable diseases? Hentet 10.11.2020 fra <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/ncd-background-information/what-are-noncommunicable-diseases>
- World Medical Association. (2018). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hentet fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Østfold fylkeskommune. (2016). *Oss i Østfold*. Hentet fra <http://ostfoldhelsa.no/wp-content/uploads/2016/08/Oss-i-Østfold-hele.pdf>
- Østfold fylkeskommune. (2019). *Oss i Østfold - Befolningskartlegging*. Hentet fra https://viken.no/_fpl/ib386865d-fcdf-45c1-985f-3535fee06a4f/rapport-oss-i-ostfold-2019-final-lr-oppslag.pdf
- Østhus, S., Mäkelä, P., Norström, T. & Rossow, I. (2016). *Sosial ulikhet i alkoholbruk og alkoholrelatert sykkelighet og dødelighet* (IS-2474). Oslo: Helsedirektoratet.

ØSTFOLD HELSEPROFIL 2011



Befolkningsundersøkelse
om helsetilstand og miljøforhold
i Østfold

ØSTFOLD HELSEPROFIL 2011**Ditt svar er viktig!**

Dette spørreskjemaet sendes til et tilfeldig utvalg innbyggere i kommunen din. Utvalget er tilrettelagt av Folkeregisteret, slik at det er representativt for befolkningen. Din besvarelse er avgjørende for at undersøkelsens informasjon skal kunne gi et presist uttrykk for hele befolkningens ønsker og behov.

Du er sikret anonymitet. TNS Gallup, som har ansvar for datainnsamlingen, arbeider i henhold til retningslinjer gitt av Datatilsynet, og er underlagt taushetsplikt. Spørreskjemaet sikkerhetsmakuleres etter bruk.

Du kan svare på Internett

Undersøkelsens spørreskjema er tilrettelagt på Internett. Dersom du foretrekker å svare elektronisk, finner du spørreskjemaets nettadresse (URL), sammen med din individuelle brukeridentitet og ditt eget passord, i brevet som følger dette spørreskjemaet.

Om utfyllingen

Før spørsmålene besvares, leser du spørsmålsteksten og svaralternativene nøye. De fleste spørsmålene besvares ved å krysse av for det svaralternativet som passer best. Det kan hende at ingen av de foreslåtte svaralternativene passer helt for deg. Avmerk da for det alternativet som ligger nærmest. Det vil være til stor hjelp for oss om du er nøyaktig når du setter kryss i boksene, og om du bruker blå eller sort penn.

Eksempel på utfylling:

Slik: Ikke slik: Tall skrives slik:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Enkelte steder ber vi deg skrive tall i ruter. Vi ber deg da vennligst skrive tydelig, ett tall i hver rute. I noen tilfeller kan det være aktuelt at du skriver tekst. Det er da satt av egne svarbokser for dette, og vi ber deg vennligst skrive innenfor boksens ramme.

Hopp over et spørsmål, dersom du synes det er vanskelig å svare, fremfor ikke å fylle ut skjemaet. Vi ber deg vennligst under alle omstendigheter returnere skjemaet til oss i den ferdig frankerte svarkonvolutten – helst innen en uke – og selv om noen av spørsmålene ikke er besvart.

Har du spørsmål?

Dersom du har spørsmål om utfyllingen av skjemaet, eller trenger nytt materiell, kan du ringe gratis til TNS Gallup, hverdager i tidsrommet klokken 09:00-11:00, på telefon 80 08 47 00. Alternativt kan du sende en e-post til Lisbet.saksgård@tns-gallup.no.



HELSEN DIN

1 Generelt sett, vil du si at helsen din er:

Merk: Sett ett kryss

- Svært god
- Ganske god
- Verken god eller dårlig
- Ganske dårlig
- Svært dårlig
- Vet ikke

2 Vil du si at du føler deg frisk nok til å kunne gjøre det du har lyst til å gjøre?

Merk: Sett ett kryss

- Ja, for det meste
- Ja, av og til
- Nei, (nesten aldri)
- Vet ikke

3 Har du noen form for langvarig sykdom eller helseproblem? Med langvarig tenkes på sykdom eller problem, som har vart eller forventes å vare i minst 6 måneder.

Merk: Sett ett kryss

- Ja
- Nei
- Vet ikke

4 Har du vært begrenset i å utføre vanlige, daglige aktiviteter på grunn av sykdom eller helseproblemer i lengre tid? Vi tenker da på de siste 6 måneder eller lengre.

Merk: Sett ett kryss

- Ja, alvorlig begrenset
- Ja, begrenset, men ikke alvorlig
- Nei, ikke begrenset
- Vet ikke

5 Har du noe problem med å komme inn og ut av boligen din, eller rundt i boligen din, på grunn av funksjonshemming eller manglende tilrettelegging for funksjonshemming?

Merk: Sett ett kryss

- Ja
- Nei
- Vet ikke

6 Har du noe problem med å komme inn og ut av offentlige bygg og offentlige kontorer i hjemkommunen din, på grunn av funksjonshemming eller manglende tilrettelegging for funksjonshemming?

Merk: Sett ett kryss

- Ja
- Nei
- Vet ikke

7 Nedenfor finner du en liste over ulike typer plager. I hvilken grad har du vært plaget av disse den siste uken?

Merk: Sett ett kryss på hver linje

	Veldig mye plaget	Ganske mye plaget	Litt plaget	Ikke plaget	Vet ikke
Plutselig frykt uten grunn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg redd eller engstelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matthet eller svimmelhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg anspent eller oppjaget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatt lett for å klandre deg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av å være unyttig, lite verdt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av at alt er et slit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av håpløshet med hensyn til fremtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HELSE OG ARBEID

8 Hva er din nåværende hovedaktivitet?

Merk: Sett ett kryss

- Arbeidstaker
- Arbeidsgiver (Selvstendig med ansatte)
- Selvstendig næringsdrivende (uten ansatte)
- Hjemmearbeidende
- Fødselspermisjon eller annen betalt permisjon
- Alderspensjonist
- Uføretrygdet eller AFP-pensjonist
- Arbeidsledig
- På sosialhjelp
- Under utdanning
- Annet

9 Hvis du er yrkesaktiv, vennligst skriv stillingsbetegnelsen for ditt nåværende yrke. Hvis du har vært yrkesaktiv tidligere, skriv stillingsbetegnelsen for det yrket du hadde sist:

(Skriv en så nøyaktig stillingsbeskrivelse du kan. For eksempel: kontorassistent, ikke bare assistent; barneskolelærer, ikke bare lærer; snekkerlærling, ikke bare snekker eller lærling)

10 Mottar du pensjon eller trygd, som ikke er knyttet til alder?

Merk: Sett ett kryss

- Ja
 - Nei
 - Vet ikke
- Gå til **12**

11 Hva slags pensjon eller trygd er det?

Flere kryss mulig

- Uførepensjon
- Sykepenger
- Rehabiliterings- eller attføringsstønad
- Annen individuell pensjon fra offentlig sektor
- Annen individuell pensjon fra privat sektor
- Gavepensjon
- Annen pensjon eller trygd
- Vet ikke

12 Hvordan vurderer du arbeidsevnen din i forhold til din helsetilstand?

Merk: Sett ett kryss

- Jeg kan uten problemer klare en vanlig jobb
- Jeg kan med anstrengelse klare en vanlig jobb
- Jeg kan bare klare en vanlig jobb, dersom det tas hensyn til helsetilstanden min (f.eks ved nedsatt arbeidstid, tilrettelegging på arbeidsplassen, endrede arbeidsoppgaver)
- Jeg kan ikke under noen omstendigheter klare en vanlig jobb
- Vet ikke

13 Hvordan tror du arbeidsevnen din vil være om 2 år?

Merk: Sett ett kryss

- Jeg vil uten problemer kunne klare en vanlig jobb
- Jeg vil med anstrengelse kunne klare en vanlig jobb
- Jeg vil bare kunne klare en vanlig jobb, dersom det tas hensyn til helsetilstanden min (f.eks gjennom nedsatt arbeidstid, tilrettelegging på arbeidsplassen, endrede arbeidsoppgaver)
- Jeg vil ikke under noen omstendigheter kunne klare en vanlig jobb
- Vet ikke

ARBEIDSFORHOLD

SPØRSMÅL 14-19 BESVARES DERSOM DU ER YRKESAKTIV. HVIS DU IKKE ER YRKESAKTIV, VENNLIGST GÅ TIL SPØRSMÅL 20

14 Hvordan vil du beskrive arbeidet ditt?

Merk: Sett ett kryss

- For det meste stillesittende arbeid (f.eks skrivebordsarbeid, montering)
- Arbeid der du går mye (f.eks ekspeditørarbeid, lett industriarbeid, undervisning)
- Arbeid der du både går og løfter mye (f.eks postombæring, pleie, bygningsarbeid)
- Tungt kroppsarbeid (f.eks skogsarbeid, tungt jordbruksarbeid, tungt bygningsarbeid)
- Vet ikke

15 Hvor ofte forekommer følgende forhold i arbeidet ditt?

Merk: Sett ett kryss på hver linje

	Aldri	Sjelden	Noen dager i uken	Hver dag	Vet ikke
Støy (må heve røsten for å bli hørt).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berøring med kjemiske stoffer/ væsker/ gasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monotont/ ensidig eller stillesittende arbeid ved dataskjerm eller lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16 Hvor enig eller uenig er du i følgende utsagn om arbeidssituasjonen din?

Merk: Sett ett kryss på hver linje

	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig	Vet ikke	Har ikke overordnet/ kolleger
Jeg har svært liten innflytelse på hvordan arbeidet skal utføres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jeg har vanligvis nok tid til de enkelte arbeidsoppgaver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Min overordnede lytter til hva jeg har å si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeidskollegene mine hjelper meg til å få jobben gjort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er utsatt for mobbing eller trakassering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17 Hvor mange arbeidsdager har du vært hjemme fra arbeid på grunn av sykdom, skader eller symptomer de siste 2 ukene - og det siste året?

Hvis ingen, skriv 0. Hvis du ikke vet, skriv 99 / 999

I løpet av de siste 2 ukene. Totalt antall arbeidsdager:

I løpet av det siste året (inkludert de siste 2 ukene). Totalt antall arbeidsdager:

18 Hvis du selv kunne velge, ved hvilken alder ville du helst slutte med å arbeide?

Skriv alder, ett siffer i hver rute. Hvis du ikke vet, skriv 99

Alder:

19 Ved hvilken alder, tror du det er realistisk at du slutter å arbeide?

Skriv alder, ett siffer i hver rute. Hvis du ikke vet, skriv 99

Alder:

TIL ALLE: FORHOLD SOM KAN PÅVIRKE HELSEN

20 Hvor ofte gjør du følgende:

Merk: Sett ett kryss på hver linje

	2 eller flere ganger per dag	1 gang per dag	5-6 ganger per uke	2-4 ganger per uke	1 gang per uke eller sjeldnere	Aldri/ nesten aldri	Vet ikke
Spiser frukt (regn ikke med juice eller fruktsaft)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spiser grønnsaker eller salat (regn ikke med grønnsakjuice eller poteter)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drikker frukt- eller grønnsakjuice / smoothie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21 Røyker du?*Merk: Sett ett kryss*

- Ja, daglig
- Ja, av og til
- Nei
- Vet ikke

22 Snuser du?*Merk: Sett ett kryss*

- Ja, daglig
- Ja, av og til
- Nei
- Vet ikke

23 Hvor ofte drikker du alkohol?*Merk: Sett ett kryss*

- Aldri → Gå til **26**
- Månedlig eller sjeldnere
- 2-4 ganger i måneden
- 2-3 ganger i uken
- 4 ganger i uken eller mer
- Vet ikke → Gå til **26**

24 Hvor mange enheter alkohol (en enhet=én flaske/boks øl, ett glass vin eller én drink) drikker du vanligvis når du drikker?*Merk: Sett ett kryss*

- 1-2
- 3-4
- 5-6
- 7-9
- 10 eller flere
- Vet ikke

25 Hvor ofte drikker du 6 eller flere enheter alkohol ved en og samme anledning?*Merk: Sett ett kryss*

- Aldri
- Sjelden
- Noen ganger i måneden
- Noen ganger i uken
- Nesten daglig
- Vet ikke

26 Driver du noen form for sport, mosjon eller fysisk aktivitet – alene eller sammen med andre?*Merk: Sett ett kryss*

- Ja
- Nei
- Vet ikke → Gå til **29**

27 Hva slags sport, mosjon eller fysisk(e) aktivitet(er) driver du med?*Skriv inn tekst – du kan notere flere aktiviteter***28 I en typisk uke, hvor mange dager driver du du sport, mosjon eller fysisk aktivitet?***Skriv antall. Dersom du ikke er fysisk aktiv, skriv 0. Dersom du ikke vet, skriv 9*

Antall dager

29 Er det noe som forhindrer deg i å være mer fysisk aktiv enn du nå er?*Merk: Sett ett kryss*

- Ja
- Nei
- Vet ikke → Gå til **31**

30 Hvilke forhold er det som forhindrer deg i å være (mer) fysisk aktiv?*Skriv inn tekst – du kan notere flere forhold***31 Kunne du tenke deg å delta i en eller annen form for sport, mosjon, eller annen fysisk aktivitet, som du ikke driver allerede?***Merk: Sett ett kryss*

- Ja
- Nei
- Vet ikke → Gå til **33**

32 Hva slags aktivitet(er) kunne du tenke deg å delta i?*Skriv inn tekst – du kan notere flere aktiviteter*

33 Når foretrekker du, eller ville du foretrekke, å være fysisk aktiv?

Merk: Sett ett kryss

- Om morgenen
- Om formiddagen
- Om ettermiddagen
- Om kvelden
- Alle tider passer/tidspunktet er uvesentlig
- Ønsker ikke å være fysisk aktiv
- Vet ikke

34 Alt i alt, hvilken av de følgende beskrivelser passer best på dine fritidsaktiviteter det siste året?

Merk: Sett ett kryss

- Trener hardt og driver konkurranseidrett regelmessig og flere ganger i uken
- Driver mosjonsidrett eller tungt hagearbeid minst fire timer i uken
- Spaserer, sykler eller driver lettere mosjon minst fire timer i uken (inkludert søndagsturer, lettere hagearbeid, sykling/ spasing til jobb etc.)
- Leser, ser på TV eller annen stillesittende aktivitet
- Vet ikke

35 Hvor ofte treffer du familie, som du ikke bor sammen med (inkludert onkler, tanter etc.), og hvor ofte treffer du venner og kjente?

Merk: Sett ett kryss på hver linje

	Daglig/ nesten daglig	1-2 ganger i uken	1-2 ganger i måneden	Sjeldnere	Aldri	Vet ikke
Familie og slektninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venner og bekjente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36 Hvor mange personer står deg så nær at du kan regne med dem hvis du har store personlige problemer?

Merk: Sett ett kryss

- Ingen
- 1-2
- 3-5
- Flere enn 5
- Vet ikke

37 Hender det at du er alene, selv om du egentlig har mest lyst til å være sammen med andre?

Merk: Sett ett kryss

- Ja, ofte
- Ja, av og til
- Nei, (nesten) aldri
- Vet ikke

38 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander?

Merk: Sett ett kryss på hver linje

	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig	Vet ikke
De fleste mennesker ville utnytte meg hvis de fikk sjansen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De fleste mennesker forsøker som regel å være grunnleggende rettferdige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man kan stole på de fleste mennesker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man kan ikke være forsiktig nok, når man har med andre mennesker å gjøre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39 Hvor stor eller liten tiltro har du til følgende samfunnsinstitusjoner?

Merk: Sett ett kryss på hver linje

	Svært stor	Ganske stor	Ganske liten	Svært liten	Vet ikke
Helsevesenet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skolevesenet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunestyret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fylkestinget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Politiet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rettsvesenet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massemedia (Radio, TV, aviser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BRUK AV HELSETJENESTER

40 Hvor mange ganger de siste 12 månedene har du selv benyttet de følgende tjenestene?

Merk: Sett ett kryss på hver linje

	Ingen ganger	1-3 ganger	4 eller flere ganger	Vet ikke
Fastlege / allmenpraktiserende lege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedriftslege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykolog eller psykiater (privat eller poliklinikk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen spesialist (privat eller poliklinikk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legevakt (privat eller offentlig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sykehus (innlagt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjemmesykepleie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysioterapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helsesøster eller jordmor på helsestasjon, skole/bedrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiropraktor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tannlege / tannpleier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alternativ behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41 Har du tatt noen medisiner de siste to ukene?

Flere kryss mulig

- Hostemedisin
- Astmamedisin
- Medisin mot høyt blodtrykk
- Hjertemedisin
- Medisin mot hudproblemer
- Smertestillende medisin mot smerter i muskler, sener og ledd
- Andre typer smertestillende
- Sovemedisin
- Avføringsmidler
- Beroligende medisiner
- Penicillin eller andre antibiotika
- Allergimedisin
- Annen medisin (vennligst spesifiser)
- Nei, har ikke tatt noen medisin de siste to ukene
- Vet ikke

BOSTEDET DITT

42 Når du tenker på bostedet og ditt nærområde, vil du da si at...

Merk: Sett ett kryss på hver linje

	Ja	Nei	Vet ikke
Tilgjengelighet og utvalg av butikker, bank, postkontor etc. er bra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilgjengelighet og utvalg av underholdningstilbud og kulturtilbud (bibliotek, kino, teater, dansested, etc.) er bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mulighetene er gode for fritidsaktiviteter (sportsarenaer, svømmehaller, løpebaner, turstier etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kollektivtransporttilbudet er godt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muligheten for å treffe naboer og andre mennesker på offentlige møteplasser, forsamlingshus, kirke, foreninger etc. er bra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Området er rolig og trygt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Området har forstyrrende støy (fra industri, trafikk, jernbane etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Området har dårlig luftkvalitet (lukt, røyk, støv/sot fra industri, trafikk etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43 Har du i løpet av de siste 12 månedene selv vært offer for vold, overgrep eller hærverk i nærområdet ditt?

Merk: Sett ett kryss

- Ja
- Nei
- Vet ikke

44 I hvilken grad føler du deg knyttet til nærområdet ditt?

Merk: Sett ett kryss

- Sterkt tilknyttet
- Noe tilknyttet
- Ikke spesielt tilknyttet
- Ikke tilknyttet i det hele tatt
- Vet ikke

45 Deltar du i foreningsliv, møtevirkosomhet, styrer, kveldsskoler eller lignende aktiviteter i fritiden?

Merk: Sett ett kryss

- Ja, daglig
- Ja, 1 - 2 ganger i uken
- Ja, 1 - 2 ganger i måneden
- Ja, men sjeldnere
- Nei, aldri
- Vet ikke

46 Er du leder, kontaktperson eller trener for noen form for sport, mosjon eller fysisk aktivitet i nærområdet ditt?

Merk: Sett ett kryss

- Ja → Gå til **48**
- Nei
- Vet ikke

47 Kunne du tenke deg å være leder, kontaktperson eller trener i noen form for sport, mosjon eller fysisk aktivitet?

Merk: Sett ett kryss

- Ja
- Nei
- Vet ikke

48 Gir du privat eller personlig hjelp eller assistanse til personer som er langvarig syke eller funksjonshemmede (ikke regn med assistanse du utfører i yrket ditt)?

Merk: Sett ett kryss

- Ja
- Nei → Gå til **50**
- Vet ikke

49 Gjelder din personlige hjelp eller assistanse..

Merk: Sett ett kryss på hver linje

	Ja	Nei	Vet ikke
...personer i husstanden din?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...personer i familien din (som du ikke bor sammen med)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...venner, bekjente, naboer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMASJON TIL DEN STATISTISKE ANALYSEN

50 Er du mann eller kvinne?

Merk: Sett ett kryss

- Mann
- Kvinne

51 Hvilket år er du født?

Skriv inn tall, ett i hver rute

Fødselsår:

52 Hvor høy er du?

Skriv tall, ett siffer i hver rute. Hvis du ikke vet, skriv 999.

Høyde i cm

53 Hvor mye veier du?

Skriv tall, ett siffer i hver rute. Hvis du ikke vet, skriv 999.

Vekt i kg

54 Hva er din høyeste fullførte utdanning?*Merk: Sett ett kryss*

- Ingen utdanning
- Grunnskoleutdanning (10-årig grunnskole, 7-årig folkeskole, eller lignende)
- Videregående grunnutdanning (Grunnkurs, VK1)
- Videregående avsluttende utdanning (Gymnas, VK2, VK3, Fagbrev)
- Påbygning etter videregående (Kurs, forkurs, enkeltfag på høyskole eller universitet)
- Universitets- høyskoleutdanning inntil 4 år (Grunnfag, mellomfag, cand.mag, høyskoleingeniør, Bachelor)
- Universitets – høyskoleutdanning 5-6 år (Hovedfag, Master, Sivilingeniør)
- Doktorgrad, forskerutdanning (Dr., Ph.D.)

55 Har du påbegynt noen utdanning som ikke er avsluttet?*Merk: Sett ett kryss*

- Ja
- Nei → Gå til **57**

56 Hvilke(n) utdanning(er) er det du har påbegynt, men ikke avsluttet?*Flere kryss mulig*

- Grunnskoleutdanning (10-årig grunnskole, 7-årig folkeskole, eller lignende)
- Videregående grunnutdanning (Grunnkurs, VK1)
- Videregående avsluttende utdanning (Gymnas, VK2, VK3, Fagbrev)
- Påbygning etter videregående (Kurs, forkurs, enkeltfag på høyskole eller universitet)
- Universitets- høyskoleutdanning inntil 4 år (Grunnfag, mellomfag, cand.mag, høyskoleingeniør, Bachelor)
- Universitets – høyskoleutdanning 5-6 år (Hovedfag, Master, Sivilingeniør)
- Doktorgrad, forskerutdanning (Dr., Ph.D.)

57 Hva er din sivilstatus?*Merk: Sett ett kryss*

- Gift en gang
- Gift på nytt
- Ugift, samboende
- Ugift, aldri vært samboende
- Ugift, har vært samboende men bor nå alene
- Skilt
- Separert
- Enke/ enkemann
- Annet

58 Hvor mange personer bor i husstanden din (inkludert deg selv)?*Skriv antall, ett siffer i hver rute*

Antall personer:

--	--

59 Hvor mange barn/personer 17 år eller yngre bor i husstanden din?*Skriv antall, ett siffer i hver rute. Hvis ingen barn, skriv 0*

Antall barn/personer:

--	--

60 Hvor ofte i løpet av de siste 12 månedene har du (eller andre i husstanden din) hatt vanskeligheter med å betale regninger (husleie, elektrisitet, telefon, forsikringer osv.)?*Merk: Sett ett kryss*

- Hver måned
- Om lag halvparten av månedene
- Noen få ganger
- Aldri

61 Dersom du har kommentarer til helse- og miljøforholdene i kommunen din, kan du notere dem her:
62 Dersom du har kommentarer til undersøkelsen, kan du notere dem her:



Østfold fylkeskommune



Østfoldhelse



Aremark kommune



Askim kommune



Eidsberg kommune



Fredrikstad kommune



Halden kommune



Hobøl kommune



Hvaler kommune



Marker kommune



Moss kommune



Rakkestad kommune



Rygge kommune



Rømskog kommune



Råde kommune



Sarpsborg kommune



Skiptvet kommune



Spydeberg kommune



Trøgstad kommune

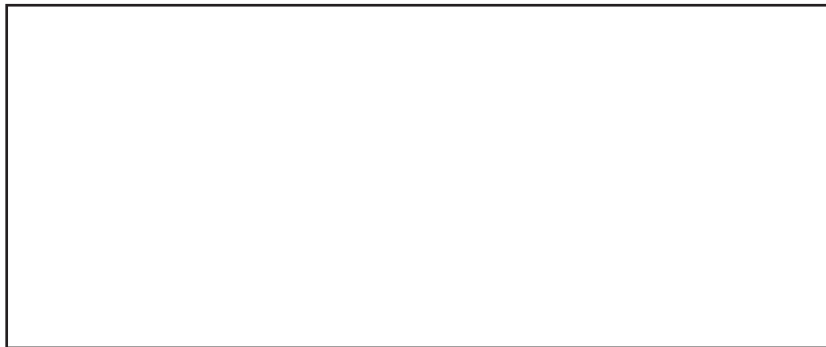


Våler kommune





Takk for hjelpen!



Østfold fylkeskommune

Befolkningkartlegging

OSS I ØSTFOLD 2019



Om undersøkelsen

Innhold

1. INNLEDNING	3
2. MÅLGRUPPE	3
3. BRUTTO UTVALG	4
Utvalgsstørrelse.....	4
Utvalgssammensetning	6
4. METODE.....	7
Web-skjema.....	7
5. DATAINNSAMLING	7
Gjennomføring	7
Responsmotivasjon	7
Respons og frafall	8
6. NETTO UTVALG.....	9
Utvalgsrepresentativitet.....	9
Vekting av netto utvalg	10
Statistisk usikkerhet	12
Vedlegg 1: Spørreskjema.....	13
Vedlegg 2: Statistiske tabeller (Eget vedlegg)	
Vedlegg 3: Datafil (Eget vedlegg)	

1. INNLEDNING

Oss i Østfold 2019 er en web-basert selvutfyllingsundersøkelse rettet mot et utvalg av den voksne befolkningen i alle kommuner i Østfold fylke, iverksatt av Østfold fylkeskommune (ØFK). I tillegg kartlegges befolkningen i Akershus og Buskerud fylker, som fra 2021 vil inngå i det nye større fylket «Østre viken». Særlig ønsket om å kunne sammenlikne resultatene med tidligere tilsvarende kartlegging i Østfold i 2011-12, samt digital distribusjon, legger føringer på undersøkelsesdesignet.¹

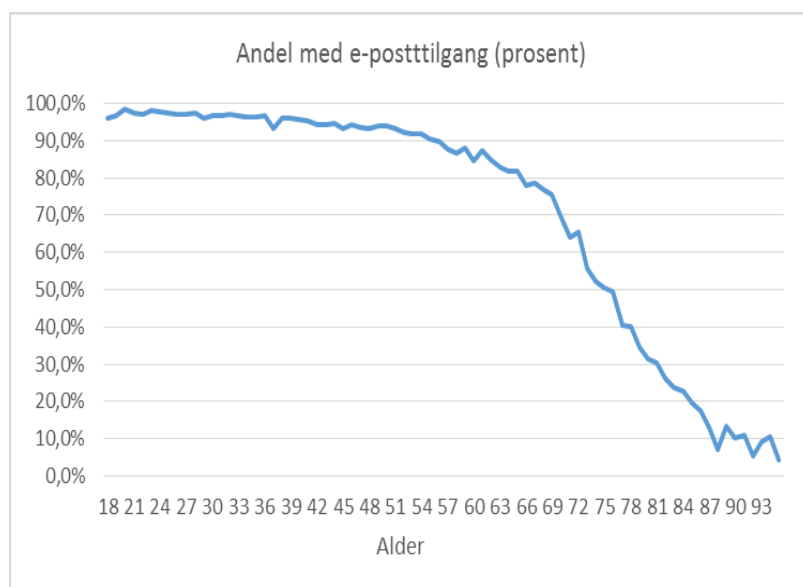
2. MÅLGRUPPE

Kartleggingens målgruppe er den voksne befolkningen 18-79 år i alle Østfolds kommuner, samt i Akershus og Buskerud fylker. Innenfor denne aldersavgrensningen har Østfold fylke 220.699 innbyggere tilgjengelige for invitasjon, mens Akershus- og Buskerud fylker har henholdsvis 448.238 og 209.904 mulige respondenter.

Målgruppen er identifisert og tilrettelagt hos Folkeregisteret, landets best oppdaterte befolkningsregister. Folkeregisterinformasjonen er imidlertid ikke tilrettelagt for elektronisk utsending. Men Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi) har opprettet et kontaktregister (KRR), inklusive e-postadresse, som fellesløsning for offentlige virksomheter til bruk i dialogen med innbyggerne.² Ved kopling mot dette registeret muliggjøres digital utsending, som er både fleksibel og kosteffektiv. Det vil si, det er anledning til å reservere seg mot registrering, registerets ajourføring er basert på selvrapportering, deler av befolkningen er fremdeles ikke på nett og oppførte adresser er ikke alltid korrekte (gir «bounce») eller er duplikater.³

Bruk av kontaktregisteret alene som utvalgskilde, medfører dermed implisitt *målgruppeavgrensning* mot personer uten nettilgang og e-post (Figur V1.1).

Figur V1.1 Andel kontaktbare i KRR, etter alder. Prosent.



¹ *Østfold helseprofil 2011*. Teknisk rapport september 2012. TNS Gallup. Mimeo.

² Ren web-basert distribusjon ble bl.a. benyttet i Folkehelsekartleggingen i Hordaland 2017, basert på utsending med SMS eller e-post i hht registrert kontaktpunkt (telefonintervju av underutvalg). Det er også benyttet til folkehelsekartlegginger i regi av Helsedirektoratet.

³ Kantar gjennomfører Difi's nasjonale brukerundersøkelse i 2016 og i 2019 med kombinert web- og postalskjema (sistnevnte for respondenter uten e-postadresse) hentet fra Kontaktregisteret. Web-respondentene utgjør 70% av respondentene. Andelen ukorrekte adresser er lav, men stigende med alderen. (https://www.difi.no/sites/difino/files/dokumentasjonsrapport/innbyggerundersokelsen_19.06_2017_u_vedlegg.pdf).

Figuren viser, for hver årsklasse, andelen kontaktbare innbyggere, dvs. personer med internettilgang og som ikke har reservasjon. Vi ser at tilgangen i de yngste årsklassene er tilnærmet unison. Fra rundt 50 års alder er den fallende og synker mot 10% fra rundt 85 års alder. Hel-digital utsending vil med andre ord ikke fange den eldste delen av befolkningen, som erfaringsmessig gjerne har den svakeste fysiske helsen / høyeste tilfredsheten med livet i sin alminnelighet. Tilsvarende vil estimater basert på et rent digitalt utvalg kunne gi inntrykk av at helsetilstanden i *hele* befolkningens er bedre enn den faktisk er. Tidligere kartlegginger basert på både web- og ordinær postal datainnsamling indikerer dessuten at den eldste delen av befolkningen, som faktisk er tilgjengelig på nett, har bedre helse enn de ikke-tilgjengelige. I så måte vil utvalget blant de eldste heller ikke uten videre kunne etter-stratifiseres ved vekting.

Kontaktregisterets e-postadressekvalitet er imidlertid erfaringsmessig høy, og manglende kontaktmulighet vil således ikke innsnevre målgruppen ytterligere.

3. BRUTTO UTVALG

Utvalget tilrettelegges med utgangspunkt i kartleggingens rapporteringsbehov. ØFK ønsket tilrettelagt et representativt befolkningsutvalg med mulighet for å gjøre kommune- og / eller regionspesifikke nedbrytninger. De største byene skulle kunne analyseres på bydelsnivå, Akershus og Buskerud fylker på fylkesnivå.

Utvalgsstørrelse

Ved elektronisk utsending legger utsendingskostnadene ingen vesentlig begrensning på utvalgsstørrelsen. Samtidig bør utsendingen ikke belaste befolkningen unødig. Videre må utvalgsstørrelsen tilpasses kravene til estimatenes presisjon, på kartleggingens minste rapporteringsenhet – eventuelt også sammenliknbarhet med andre tilsvarende kartlegginger. Sentrale spørsmål er da hvilken respons man kan forvente og hvorvidt det er tilstrekkelig befolkningsgrunnlag for den ønskede utvalgsstørrelsen.

ØFK ønsket i utgangspunktet tilrettelagt endelige utvalg til analyse med anslagsvis 400 respondenter for hver kommune, og for hver bydel i de største byene (Halden, Moss, Sarpsborg, Fredrikstad og Rygge).⁴ For Akershus og Buskerud fylker var ønsket utvalg 1.000 respondenter i hvert fylke. Med utgangspunkt i erfaringstall for frafall under registerkoplinger og forventet respons, ble det estimert et brutto utvalgsbehov på 4.000 respondenter per rapporteringskategori. I så fall ville man kunne tolerere en respons blant de inviterte ned mot 15%. Videre ble det antatt å være behov for en dobling av utvalgsstørrelsen blant de yngre under 35 år, gitt at responsen i denne kategorien normalt er lavere enn blant de eldre. Med til sammen 35 utvalgsområder, fordelt på kommuner/bydeler i Østfold samt de to øvrige fylkene, tilsa dette at man ville kunne oppnå et netto utvalg til analyse med 14.000 respondenter og et brutto utvalg til utsending på om lag 120.000 respondenter. Det vil si, gitt at det var befolknings-grunnlag for tilrettelegging av den ønskede utvalgsstørrelsen i de minste kommunene /bydelene.

Det var da klart at utvalget i utgangspunktet ville avvike fra befolkningen, i det særlig kravene om egne bydelsutvalg ville medføre overrepresentasjon av disse, relativt til hele fylkets geografiske befolkningsfordeling. Samtidig ville som nevnt kravet om e-posttilgang kunne påvirke respondentenes tilgjengelighet

⁴ ØFK ønsket i utgangspunktet tilrettelagt samme utvalgsstørrelse som i 2011, med 8-900 respondenter per utvalgsområde. Responsen i befolkningsundersøkelser var den gang om lag den dobbelte av hva man erfarer i dag, slik at utvalgsstørrelsene fra 2011 nå er vanskelige å oppnå.

Tabell V1.1. Befolkning, folkeregistrert- og e-postkoplede utvalg, samt forventet- og faktisk netto utvalg, etter fylke. Antall og prosent.

Kommune / fylke	Befolkning 18-79 år (N)	%	Antall soner	Folkeregistrert utvalg	%	E-postkoplede utvalg	%	Estimert netto utvalg (20%)	Faktisk netto utvalg	Respons %	Fordeling %
101 - Halden	23273	10,5	3	11812	10,9	9818	10,9	1964	1661	16,9	10,0
104 - Moss	24457	11,1	4	11269	10,4	9578	10,7	1916	1816	19,0	11,0
105 - Sarpsborg	41192	18,7	8	29056	26,8	23956	26,7	4791	4218	17,6	25,5
106 - Fredrikstad	60660	27,5	4	9089	8,4	7548	8,4	1510	1381	18,3	8,3
111 - Hvaler	3579	1,6	1	2813	2,6	2320	2,6	464	493	21,3	3,0
118 - Aremark	1033	0,5	1	826	0,8	610	0,7	122	126	20,7	0,8
119 - Marker	2673	1,2	1	2247	2,1	1679	1,9	336	336	20,0	2,0
121 - Rømskog	497	0,2	1	401	0,4	310	0,3	62	50	16,1	0,3
122 - Trøgstad	4020	1,8	1	3329	3,1	2602	2,9	520	493	18,9	3,0
123 - Spydeberg	4361	2,0	1	3548	3,3	2888	3,2	578	591	20,5	3,6
124 - Askim	11820	5,4	1	4000	3,7	3368	3,8	674	588	17,5	3,6
125 - Eidsberg	8518	3,9	1	4000	3,7	3251	3,6	650	522	16,1	3,2
127 - Skiptvet	2789	1,3	1	2328	2,1	1879	2,1	376	344	18,3	2,1
128 - Rakkestad	6044	2,7	1	3871	3,6	3154	3,5	631	531	16,8	3,2
135 - Råde	5519	2,5	1	3759	3,5	3137	3,5	627	572	18,2	3,5
136 - Rygge	11996	5,4	3	9528	8,8	7953	8,9	1591	1706	21,5	10,3
137 - Våler (Østf.)	4021	1,8	1	3317	3,1	2790	3,1	558	559	20,0	3,4
138 - Hobøl	4247	1,9	1	3406	3,1	2899	3,2	580	571	19,7	3,4
SUM	220699	100,0	35	108599	100,0	89740	100,0	17948	16558	18,5	100,0
Akershus	448238		1	10000		7900		1580	1523	19,3	
Buskerud	209904		1	10000		7900		1580	1431	18,1	
Sum	658142		2	20000		15800		3160	2954	18,7	
TOTAL	878841		37	28599		105540		21108	19512	18,5	

Med utgangspunkt i spesifikasjonene, ble det bestilt et utvalg hos Folkeregisteret med 116.179 respondenter fra Østfold, og to underutvalg med henholdsvis 10.000 respondenter for Akershus- og Buskerud fylker. Utvalgene skulle ha like mange menn som kvinner, og være likelig fordelt over fem definerte alderskategorier: 18-24 år, 25-34 år, 35-49 år, 50-66 år og 67-79 år.

Leveransen for Østfold resulterte i et endelig folkeregisterkoplede utvalg med 108.599 respondenter (Tabell 1). Reduksjonen relativt til bestillingen skyldes i det vesentligste manglende mulighet for å tilrettelegge den bestilte utvalgsstørrelsen blant de yngste under 25 år, ettersom befolkningens fordeling ikke tillot tilrettelegging av denne utvalgsstørrelsen (20%). Utvalgets regionale fordeling speiler ellers utvalgsplanen, og ønsket om å overrepresentere kommunene med bydelsutvalg.

Kravet om tilgang til e-postadresser innebærer som nevnt ytterligere avgrensning. Antall e-postkoplede respondenter i Østfold utgjorde 89.740 stykk (83% av det folkeregistrerte utvalget). Det e-postkoplede utvalgets regionale fordeling avviker ellers ikke vesentlig fra det folkeregistrerte. Gitt denne utvalgsstørrelsen ville vi kunne oppnå i underkant av 18.000 respondenter med en respons rundt 20%, tilsvarende i overkant av 500 respondenter per rapporteringskategori. Alternativt ville datainnsamlingen kunne tåle en respons ned mot 15-16%, og samtidig produsere underutvalg med de ønskede 400 respondentene per rapporteringskategori.

For Akershus og Buskerud fylker ble det levert to utvalg som bestilt, på henholdsvis 10.000 respondenter hver. Ettersom utvalgskategoriene her er grovere enn for kommuner og regioner i Østfold, medførte folkeregisterkoplede utvalget ingen ytterligere utvalgsavgrensninger. Etter e-postkoplede utvalget stod vi igjen med 7.900 respondenter til utsending i hvert av disse to fylkene.

Utvalgssammensetning

Vi har så langt sett at den regionale fordelingen ikke modifieres vesentlig som følge av utvalgstilretteleggingen, selv om frafallet under særlig e-postkoplingen er betydelig. Spørsmålet er da hvilke konsekvenser kravet om e-posttilgang har for utvalgets alders- og kjønnsfordeling (Tabell V1.2).

Tabell V1.2. Befolkning, folkeregistrert- og e-posttilgjengelig utvalg i Østfold, etter alder og kjønn. Antall og prosent.

Kjønn	Alder - kategorier					Alle
	18-24 år	25-34 år	35-49 år	50-66 år	67-79 år	
Befolkning (N=220.699):						
Mann	5,5	7,6	12,7	14,2	9,7	49,7
Kvinne	4,9	7,3	12,5	14,0	11,6	50,3
Alle	10,4	14,9	25,2	28,2	21,3	100,0
Brutto utvalg - befolkningsregistrert (n=108.599)						
Mann	7,7	9,7	11,1	11,3	10,0	49,7
Kvinne	8,2	9,8	11,2	11,2	9,8	50,3
Alle	15,9	19,5	22,3	22,5	19,8	100,0
Brutto utvalg - med e-posttilgang (n=89.740):						
Mann	8,9	11,1	12,1	10,9	6,3	49,3
Kvinne	9,5	11,1	12,1	10,0	7,1	50,7
Alle	18,4	22,3	24,2	21,8	13,3	100,0

Bruttoutvalgets sammensetning etter kjønn og alder er som følger, når vi tar høyde for informasjonen i de respektive utvalsregistre (Tabell V1.2):

- Befolkningen fordeler seg relativt jevnt over alderskategoriene under 35 år, 35-49 år, 50-66 år samt 67 år og eldre, hver med om lag en fjerdedel av befolkningen.
- Ettersom forventet frafall er høyest blant de yngste, er aldersgruppen under 35 år delt i to, mens utvalget fordeles med like store andeler 20% på hver alderskategori, i bestillingen til Folkeregisteret. Det endelige folkeregisterutvalget er i det store og hele i tråd med bestillingen, samtidig som enkelte av de yngste under 35 år faller fra da det ikke er befolkningsgrunnlag for å fylle disse kategoriene.
- Frafallet etter E-postkoplingen hos KRR tilskrives i det vesentligste de eldste over 67 år, som følge av manglende registrering, dels fordi de er uten nettilgang.

Utvalgsdesignet frem til utsending er da i første rekke å betrakte som et anslag på det endelige utvalget, da responsen i en befolkningskartlegging ikke kan forhåndsgaranteres.⁵ Samtidig er det hensiktsmessig å sende invitasjonene ut i puljer, slik at man ikke sender flere invitasjoner enn hva som trengs for å oppnå de ønskede intervjuer i hver enkelt rapporteringskategori.

⁵ Eksempelvis var Responsen i Difi's Nasjonale innbyggerundersøkelse i 2016 21% i det digitale utvalget og 33% i det analoge – dels fordi det analoge har større andel eldre respondenter, som også er de mest responsvillige. En pilotering av folkehelseundersøkelsene i Agderfylkene og i Vestfold 2016 gav 43%: <https://www.fhi.no/publ/2017/folkehelseundersokelser-i-fylkene-pilot-dokumentasjonsrapport-organisering/>

4. METODE

Ønsket om elektronisk datainnsamling, med e-postutsendt invitasjon til web-skjema, legger viktige føringer på utvalgsdesignet ut over respondenttilgangen. Dette gjelder særlig spørreskjema-utformingen og utsendingsmetoden.

Web-skjema

ØFK laget utkast til invitasjonsbrev og spørreskjema, tilrettelagt og formattert i samråd med Kantar.

Web-skjema gir betydelig fleksibilitet i utformingen, effektiv bruk av filtre og kosteffektiv gjennomføring. Kantars spørreskjema er plattform-uavhengige. Ikke minst i en tid der inntil 50% av web-baserte befolkningsundersøkelser besvares via mobiltelefon, er det avgjørende viktig at undersøkelsen er tilpasset mobile enheter. Skjemaet har et omfang på 59 spørsmål. Median intervjuetid i web-utgaven er 17 minutter.⁶

Tidligere folkehelsekartlegginger (som Østfoldhelse i 2011) er gjerne basert på postale spørreskjema, og i nyere tid på elektroniske versjoner av samme. Så lenge besvarelsen baseres på *skriftlig selvutfylling*, innebærer den elektroniske utsendingen ingen prinsipiell forskjell fra den analoge. (Det elektroniske skjemaet er dessuten bedre egnet når undersøkelsen har filtre, da respondenten ledes automatisk gjennom skjemaet). Web-utvalget i 2019 er i så måte metodisk sett sammenliknbart med det tidligere postale- og andre nyere web-baserte undersøkelser.

Innholdsmessig kartlegger skjemaet egenvurdert fysisk og psykisk helse, sammen med faktorer i nærmiljøet, som antas å påvirke innbyggernes livskvalitet. Ettersom tilgangen på registerbaserte folkehelseopplysninger er betraktelig utvidet i senere tid, er spørreskjemaets innhold tilpasset tilgangen på informasjon fra andre kilder.⁷

5. DATAINNSAMLING

Ut over utvalgstilretteleggingen, er det om å gjøre at datainnsamlingen ikke tilfører utvalget systematisk skjevhet.

Gjennomføring

Feltarbeidet er gjennomført i april-juni 2019. Etter en lengre designfase i perioden januar – mars, ble undersøkelsen testet i felt den 5. april. Resten av utvalget ble distribuert umiddelbart etterpå. Utvalget er sendt ut puljevis, i takt med innkost, og med fortløpende påminnelser. Feltarbeidet ble avsluttet den 27.05.2019. Inn mot avslutningen av feltarbeidet ønsket ØFK imidlertid å utvide utvalget i Fredrikstad, i område utenfor tre opprinnelig definerte geografiske soner. Området dekker 90% av befolkningen, men ville som følge av utvalgsplanen bare bli representert med inntil 30% av utvalget. Tilgjengelig restutvalg i Fredrikstad i det angjeldende området ble benyttet og sendt ut den 29.05, mens feltarbeidet ble endelig avsluttet den 05.06. Foreløpig tabellrapport ble oversendt ØFK den 25.06.2019.

Responsmotivasjon

Følgende tiltak ble iverksatt for å stimulere deltakelse:

- *Utvalget er trukket nært opp til utsendingstidspunktet, for optimal adressekvalitet.*

⁶ Kopi av spørreskjemaet finnes vedlagt.

⁷ Blant annet er folkehelseprofiler på både fylkes- og kommunenivå nå tilgjengelige som del av FHIs informasjonsarbeid.

- Undersøkelsen er sendt ut med fylkes-spesifikk invitasjon, signert av Folkehelseteamet, og påført Østfoldhelse og fylkeskommunen sine logoer.
- Informasjon om kartleggingen er lagt ut på ØFKs kjemmeside.
- Lokale myndigheter var aktive i promoteringen av undersøkelsen – evt. via kommunenes hjemmesider.
- Lotteri blant deltakere med to Ipads som gevinster.

Respons og frafall

Det tilrettelagte utvalget utgjorde som nevnt en base for utsendingen, der man suksessivt kunne hente ut tilfeldig valgte respondenter etter behov. Totalt sett ble 97.641 invitasjoner sendt ut (Tabell V1.3).

Tabell V1.3 Respons og frafall. Antall.

Status	Antall
Utsendinger	97.641
Ugyldig adresse ("Bounce")	X
Ikke kontakt	73.211
Kontakt	24.430
Frafall:	
Ufullstendig utfylling	4917
Vil ikke delta - samtykkereservasjon	0
Teknisk problem	0
Uavsluttet intervju ved stengning	0
Fullstendig intervju	19.513

Blant de inviterte åpnet 24.430 lenken (25%). Det er teknisk sett mulig også å spore hvor mange som åpner e-posten, uten å klikke på lenken. E-posten inneholder bl.a. nødvendig informasjon om undersøkelsen, herunder informasjon om personvern og bruk av analyseresultater. I så fall ville det være interessant å se hvor mange som faller av på dette stadiet. Slik sporing trigger imidlertid en rekke varslingssystemer hos mottaker, øker risikoen for at utsendingen går i søppelpost, og anvendes derfor ikke.

Blant dem som har åpnet spørreskjemaet oppstår det frafall, bl.a. knyttet til ufullstendige besvarelser. Invitasjonen inneholdt henvisning til undersøkelsens gjennomføring, nødvendig informasjon om frivillighet og reservasjonsmulighet, samt om analyseresultatenes anvendelse. Skjemaet benyttet ellers ikke eget samtykke, som alternativt ville kunne ha produsert frafall på dette stadiet. Frafallet knytter seg derfor utelukkende til ukomplete besvarelser.

Frafallet skjer suksessivt gjennom utfyllingen. Av de 4.923 ikke-komplette besvarelsene har halvparten (54%) påbegynt utfyllingen og besvart spørsmål 1. Deretter synker deltakelsen via spørsmål 14 (32%), spørsmål 25 (29%), spørsmål 41 (15%) mens de aller fleste har falt fra mot undersøkelsens slutt (Spørsmål 53 – 2%).

Når andelen ukomplette utgjør to av ti, er det også interessant å se nærmere på hvordan frafallet ser ut, og om det representerer systematikk:

- Andelen er den samme blant kvinner (21%) og menn (19%).
- Andelen er lik på tvers av de tre fylkene (Østfold: 20%, Akershus: 22%, Buskerud: 21%).
- Andelen er høyest blant de yngste under 25 år (28%) og faller med stigende alder mot de eldste over 67 år (16%).

- Det antydes for øvrig at frafallet ut over i skjemaet knyttet til undersøkelsen tema: Innledningsvis viser egenvurdert helse den samme fordelingen blant komplette og ukomplette. Ikke-komplette utgjør deretter noe flere flere med alvorlige bevegelsesbegrensninger (17% mot 12%), andel som trives i lokalmiljøet (8% mot 4%), andel med få nære venner (7% mot 4%), etc.

Ved datainnsamlingens avslutning hadde 19.513 respondenter levert komplett besvarelse, tilsvarende 20% av de utsendte invitasjonene og 80% av de kontaktede respondentene (som åpnet skjemaet).

6. NETTO UTVALG

Nettoutvalget etter endt datainnsamling skal være representativt for befolkningen, det vil si relativt til kjente egenskaper som alder, kjønn og bosted.⁸ Kartleggingens respons og utvalgets størrelse er i så måte ikke nødvendigvis avgjørende for utvalgs kvaliteten, om frafallet er tilfeldig. Erfaringene fra tilsvarende tidligere kartlegginger tilsier imidlertid at dette ikke er tilfellet: Eksempelvis vil gjerne aldersgruppen under 29 år både være vanskelig tilgjengelig og å motivere til deltakelse. Gitt frafallet under datainnsamlingen reises spørsmålet om det endelige utvalget har avvikende trekk fra befolkningen, ut over de korreksjoner som er foretatt under utvalgsdesignet.

Utvalsrepresentativitet

Det endelige utvalgets regionale fordeling følger utsendingsplanen (Tabell V1.1 – tre ytterste kolonner til høyre). Den endelige responsen utgjør om lag 18,5% av de utsendte invitasjonene, både i

Tabell V1.4: Brutto- og netto utvalg etter bosted, alder og kjønn. Antall og prosent.

		Alder - kategorier					Total
	Kjønn	18-24 år	25-34 år	35-49 år	50-66 år	67-79 år	
Østfold fylke	Mann	5,8	8,1	13,5	15,1	7,9	50,4
Befolkning (N=220.699)	Kvinne	5,2	7,7	13,2	14,9	8,6	49,6
	Sum	11,0	15,8	26,7	30,0	16,5	100,0
Utvalg (n=16.559)	Mann	3,7	5,7	9,1	13,1	11,5	43,1
	Kvinne	6,5	9,9	13,6	16,5	10,4	56,9
	Sum	10,2	15,6	22,7	29,5	21,9	100,0
		Alder - kategorier					Total
	Kjønn	18-24 år	25-34 år	35-49 år	50-66 år	67-79 år	
Akershus	Mann	5,8	8,1	15,2	14,6	6,6	50,4
Befolkning (N=456.288)	Kvinne	5,3	8,0	14,9	14,2	7,2	49,6
	Sum	11,1	16,1	30,1	28,8	13,8	100,0
Utvalg (n=1.523)	Mann	3,9	5,0	6,2	12,8	18,5	46,4
	Kvinne	7,8	6,4	10,7	14,6	14,1	53,6
	Sum	11,8	11,4	16,9	27,4	32,5	100,0
		Alder - kategorier					Total
	Kjønn	18-24 år	25-34 år	35-49 år	50-66 år	67-79 år	
Buskerud	Mann	5,7	8,4	14,3	14,7	7,6	50,6
Befolkning (N=211.361)	Kvinne	5,1	8,0	13,7	14,4	8,2	49,4
	Sum	10,8	16,4	28,0	29,0	15,7	100,0
Utvalg (n=1.431)	Mann	4,5	4,5	8,1	12,1	14,7	43,9
	Kvinne	7,8	9,2	11,7	14,3	13,1	56,1
	Sum	12,3	13,8	19,8	26,3	27,8	100,0

⁸ Representativitet når det gjelder undersøkelsens sentrale problemstilling, helse eller tilfredshet med livet, kan ikke vurderes, da disse egenskapene ikke er eksakt kjente i befolkningen.

Østfold og i de to øvrige fylkene. Høyest respons finner vi i Rygge, Hvaler, Aremark, Marker og Våler, der den utgjør over 20%.⁹ Lavest respons, relativt sett, finner vi i Rømskog og Eidsberg der den utgjør om lag 16%. Med gjennomgående lik svarandel på tvers av kommunene, er utvalgets regionale fordeling etter utvalgsplanen intakt.

Det gjenstår da å sammenstiller det endelige utvalget med befolkningen etter alder og kjønn (Tabell V1.4). Den geografiske fordelingen vises her på fylkesnivå for å forenkle visualiseringen.¹⁰ Betrakter vi det endelige Østfoldutvalget, ser vi at alders- og kjønnsfordelingen stort sett følger befolkningen, med et par unntak: Kvinner er noe overrepresentert. Aldersgruppene 18-24 år, 25-34 år og 50-66 år følger befolkningen, mens de eldste over 67 år er noe overrepresenterte på bekostning av aldersgruppen 35-49 år.

Sammenstiller vi det endelige Østfoldutvalget med det folkeregistrerte utvalget (Tabell V1.2) ser vi at utvalgsjusteringen for de yngste under 35 år har fungert etter hensikten. Mens andelen unge i utgangspunktet ble overrepresentert, og overrepresentasjonen ble ytterligere styrket under e-post koplingen, har datainnsamlingen medført større frafall i denne kategorien enn i de øvrige. Blant de eldste over 67 år, er situasjonen den motsatte: Det folkeregistrerte utvalget reflekterer befolkningen, samtidig som e-postkoplingen medfører betydelig frafall. Responsen under datainnsamlingen er imidlertid høyere i denne aldersgruppen enn blant de yngre, og kompenserer frafallet under registerkoplingen. Det vil si, numerisk sett. Det antydes at de eldre, som har svart, vil kunne avvike fra dem som er ekskludert fra deltakelse som følge av kravet om e-posttilgang.

Utvalgene for Akershus og Buskerud viser gjennomgående de samme trekkene som Østfoldutvalget.

Vekting av netto utvalg

Ut over vurderingen av demografisk representativitet, vet vi som nevnt ikke om responsen er knyttet til undersøkelsens tema, hvorvidt de «friskeste» deltar i større utstrekning enn de «sykeste», etc. Det vil si, vi vet at respondentene med ufullstendig utfylling har noe høyere innslag av dårlig helse enn blant respondenter med komplett utfylling.

På den annen side kjenner vi eksakt befolkningens fordeling etter kjønn, alder og bosted. Det endelige utvalget etter-stratifiseres (vektes) etter disse egenskapene, slik at det er i samsvar med befolkningsfordelingen. Ettersom utvalget er tilrettelagt med ønske om å kunne rapportere kommunevis med like store utvalg, er de største kommunene underrapporterte i utvalget sammenliknet med befolkningen (såkalt «design-effekt»).

Utvalget for Østfold vektet tilsvarende befolkningsfordelingen etter alder og kjønn innen kommuner og bydeler, og på tvers av kommunene innen fylket. Bydeler er vektet med samme kjønns- og aldersfordeling som kommunen for øvrig. Utvalgene for Akershus og Buskerud er vektet etter alder, kjønn og kommune innen hvert fylke (Tabell V1.7).

De høyeste utvalgsvektene i Østfold finner vi i Sone 1-3 i Fredrikstad, der designeffektene i størst grad gjør seg gjeldende (vekt 5,00 eller høyere). Disse representerer 0,5% av det totale utvalget. De minste vektene under 0,35 finner vi tilsvarende i sone 2 og 3 i Rygge kommune, som utgjør 1,6% av Østfoldutvalget.

⁹ Avviket fra Tabell V1.3 skyldes at ikke alle e-postkoblede respondenter er invitert til kartleggingen.

¹⁰ For komplett utvalgsfordeling på kommunenivå, se Vedlegg 2.

Tabell V1.7: Vektenes størrelse etter fylke, alder og kjønn. Gjennomsnitt.

Report					
Vekt					
Kjønn	Fylke	Alder-kategorier	Mean	N	Std. Deviation
Mann	Østfold	18-24	1,56	616	1,490
		25-34	1,42	942	1,201
		35-49	1,48	1514	1,039
		50-66	1,16	2165	,875
		67-79	,68	1906	,567
		Total	1,17	7143	1,016
	Akershus	18-24	1,47	60	,000
		25-34	1,63	76	,000
		35-49	2,46	94	,000
		50-66	1,14	195	,000
		67-79	,36	281	,000
		Total	1,09	706	,712
	Buskerud	18-24	1,27	64	,000
		25-34	1,86	65	,000
		35-49	1,77	116	,000
		50-66	1,21	173	,000
		67-79	,52	210	,000
		Total	1,15	628	,509
	Total	18-24	1,53	740	1,362
		25-34	1,46	1083	1,125
		35-49	1,55	1724	1,001
		50-66	1,16	2533	,809
		67-79	,63	2397	,518
		Total	1,16	8477	,965
	Kvinne	Østfold	18-24	,80	1077
25-34			,78	1644	,594
35-49			,97	2251	,764
50-66			,90	2728	,667
67-79			,83	1715	,662
Total			,87	9415	,694
Akershus		18-24	,68	119	,000
		25-34	1,25	98	,000
		35-49	1,39	163	,000
		50-66	,97	223	,000
		67-79	,51	214	,000
		Total	,92	817	,332
Buskerud		18-24	,65	112	,000
		25-34	,87	132	,000
		35-49	1,17	167	,000
		50-66	1,01	204	,000
		67-79	,62	188	,000
		Total	,88	803	,212
Total		18-24	,78	1308	,696
		25-34	,81	1874	,566
		35-49	1,01	2581	,722
		50-66	,91	3155	,621
		67-79	,78	2117	,606
		Total	,88	11035	,650
Total		Østfold	18-24	1,08	1693
	25-34		1,01	2586	,919
	35-49		1,18	3765	,919
	50-66		1,01	4893	,776
	67-79		,75	3621	,619
	Total		1,00	16558	,861
	Akershus	18-24	,95	179	,374
		25-34	1,41	174	,190
		35-49	1,78	257	,516
		50-66	1,05	418	,088
		67-79	,43	495	,075
		Total	1,00	1523	,548
	Buskerud	18-24	,88	176	,296
		25-34	1,19	197	,467
		35-49	1,42	283	,291
		50-66	1,10	377	,102
		67-79	,57	398	,054
		Total	1,00	1431	,397
	Total	18-24	1,05	2048	1,053
		25-34	1,05	2957	,875
		35-49	1,23	4305	,885
		50-66	1,02	5688	,721
		67-79	,70	4514	,566
		Total	1,00	19512	,814

Statistisk usikkerhet

Et kritisk element i undersøkelsesdesignet er som nevnt de krav som stilles til estimatenes presisjon. La oss kort se på noen av betingelsene, gitt rapporteringer med utgangspunkt i totalutvalget for hele fylket, samt underutvalg med tentativt 500 representative respondenter i en kommune med om lag 5.000 innbyggere (Tabell V1.8):

Tabell V1.8 Statistiske usikkerhetsmarginer, totalutvalg og kommune. Antall og prosent.

A. Hele fylket

UNIVERS (plott)	157 662				
UTVALG, antallet vi spør (plott)	7 791				
...vi måler svar på	50 %	40 %	20 %	5 %	
+/- svaret som er gitt	1,1 %	1,1 %	0,9 %	0,5 %	← Feilmargin
Gir nedre grense i konfidensintervall	48,9 %	38,9 %	19,1 %	4,5 %	
Gir øvre grense i konfidensintervall	51,1 %	41,1 %	20,9 %	5,5 %	

B- Kommune med 500 respondenter

UNIVERS (plott)	5 000				
UTVALG, antallet vi spør (plott)	500				
...vi måler svar på	50 %	40 %	20 %	5 %	
+/- svaret som er gitt	4,2 %	4,2 %	3,4 %	1,9 %	← Feilmargin
Gir nedre grense i konfidensintervall	45,8 %	35,8 %	16,6 %	3,1 %	
Gir øvre grense i konfidensintervall	54,2 %	44,2 %	23,4 %	6,9 %	

Tabellen viser usikkerhetsmarginene i prosentpoeng: For en egenskap som måles over hele fylket med 50% i utvalget (f.eks. andelen med svært/god helse) så vil usikkerheten på dette anslaget være +/- 1,1 prosentpoeng. I hele fylket vil 48,9-51,1 % av befolkningen med 95% sannsynlighet ha denne egenskapen. Tilsvarende vil en egenskap som måles på 5% i utvalget ha en usikkerhet på +/- 0,5 prosentpoeng.

I en kommune med utvalg på 500 respondenter vil den tilsvarende usikkerheten utgjøre 4,2 prosentpoeng. Blant kommunens befolkning vil altså 45,8 – 54,2% ha denne egenskapen, selv om det mest sannsynlige resultatet er 50%.

Dersom vi betrakter en undergruppe i en enkeltkommune – f.eks. kvinner, som utgjør halve befolkningen, øker de tilsvarende usikkerhetene til +/- 7 og 3 prosentpoeng for egenskaper som måles med 50% og 5% forekomst i utvalget.

Og tilsvarende – når en egenskap måles med eksempelvis 5% usikkerhet, må forskjellen i denne egenskapen mellom to kommuner være om lag 10% for at forskjellene skal kunne sies å være statistisk signifikante.¹¹

¹¹ Det vil si, forenklet sagt. Differansen mellom de to estimatene måles egentlig med sin egen spesifikke usikkerhet.

Vedlegg 1: Spørreskjema

E-POSTINVITASJON

Emnefelt i e-post

Befolkningsundersøkelsen 'Oss i Østfold 2019'

E-posttekst

Velkommen til folkehelseundersøkelsen – Oss i Østfold 2019

Østfold fylkeskommune gjennomfører en undersøkelse for å få vite mer om hvordan folk har det og hvordan de opplever nærmiljøet sitt. Denne kunnskapen skal brukes i fylkeskommunens plan- og utviklingsarbeid for å bidra til bedre folkehelse, livskvalitet og trivsel. Resultatene vil også kunne brukes av hver enkelt kommune i Østfold for å få et enda bedre folkehelsearbeid. Opplysninger fra undersøkelsen skal også kunne brukes videre i forskning og analyser for å følge utviklingen i helse og levekår over tid, og undersøke årsaker til senere sykdom og andre tilstander.

Invitasjonen sendes til rundt 70 000 tilfeldig valgte personer over 18 år i Østfold. E-postadressen din er hentet fra Folkeregistret av Direktoratet for IKT i forvaltningen (Difi).

Vedlagte spørreskjema omhandler livskvalitet samt vurderinger av nærmiljøet, helse og trivsel.

Utfyllingen tar ca 15 minutter og alle som svarer vil være med i trekningen om å vinne gavekort på to iPad-er. Vi håper du har anledning til å delta.

Spørreskjemaet finner du her [URL]_____

Vi ber deg svare så snart som mulig, og helst innen en uke.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Ytterligere informasjon om personvern og bruk av resultater finner du [her](#).

Mer informasjon om undersøkelsen finner du på disse sidene:

<https://www.ostfoldfk.no/folkehelse/oss-i-ostfold-2019-befolkningsundersokelse/>

Har du spørsmål om undersøkelsen, kan du kontakte folkehelseseksjonen i Østfold fylkeskommune v/ Anni Skipstein annis@ostfoldfk.no eller Ylva Lohne ylvakl@ostfoldfk.no.

Har du spørsmål om skjemaet eller utfylling, ta kontakt med Norsk Gallup (gallup-undersokelse@tns-gallup.no, telefon 800 84 700, mandag-torsdag kl. 09-14. Du vil også kunne henvende deg til Datatilsynet eller Statens helsetilsyn dersom du mener undersøkelsen på noe punkt ikke er i tråd med beskrivelsen ovenfor.

Takk for at du bidrar til å styrke fylkets og kommunenes arbeid for god folkehelse!

Med vennlig hilsen

Folkehelseteamet i Østfold fylkeskommune

Informasjonsside: Lenket opp som eget bilag (åpnes i nytt vindu)**Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta, og du kan til enhver tid trekke deg fra undersøkelsen uten at dette vil ha noen konsekvenser. Det vil ikke bli gitt individuell tilbakemelding til deltakerne om resultater fra undersøkelsen. Du har under datainnsamlingen rett til informasjon, innsyn, korrigerende, sletting og sperring etter helseregisterlovens § 23 til § 25. Du vil også på forespørsel få utlevert en kopi av opplysningene dine, og vil eventuelt kunne sende klage på opplysningenes behandling til personvernombudet eller Datatilsynet.

Personvern – oppbevaring av opplysninger

Østfold fylkeskommune er dataansvarlig for undersøkelsen. Personvernombud i Viken, Christina Grønli kan kontaktes på mail: christina.gronli@viken2020.no Norsk Gallup assisterer i datainnsamlingen. Alle opplysninger anonymiseres og behandles konfidensielt i samsvar med gjeldende personvernregelverk. Koblingen til din adresse slettes automatisk etter to år.

Fylkeskommunen vil kun motta anonymiserte data, der navn og adresser er erstattet med et tilfeldig løpenummer.

Anvendelse av informasjon

Undersøkelsens resultater formidles etter avsluttet datainnsamling, bl.a. via Østfold fylkeskommunes nettsider: <https://www.ostfoldfk.no/folkehelse/oss-i-ostfold-2019-befolkningsundersokelse/>. Her vil du kunne lese mer om funnene, både for fylket og for din egen kommune. Resultater publiseres kun på gruppenivå, der enkeltpersoner ikke er gjenkjennbare. Det vil ikke bli gitt individuell tilbakemelding til deltakerne om resultater fra undersøkelsen.

Ved avslutning av undersøkelsen vil opplysningene overføres til Folkehelseinstituttet for videre bruk til forskning og analyser. Innsamlede opplysninger vil være tilgjengelig for Folkehelseinstituttet for bruk til forskning som kan gi kunnskap om befolkningens helse og faktorer som påvirker helsen.

Datainnsamlingen er hjemlet i Forskrift om oversikt over folkehelsen. For å tilrettelegge for offentlig statistikk og forskning vil opplysningene bli oppbevart på ubestemt tid etter avsluttet innsamling. Dette for å kunne følge utviklingen i helse og levekår over tid og undersøke årsaker til senere sykdom og andre tilstander.

All forskning vil følge reglene i helseforskningsloven, og bli utført av Folkehelseinstituttet, eller andre forskningsinstitusjoner som er godkjent av regionale forskningsetiske komiteer. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger.

Q001 - Q001: Helsen din

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

HELSEN DIN

Hvordan vurderer du alt i alt din egen helse? Vil du si at den er:

Normal

- | | |
|---|-------------------------|
| 1 | Svært god |
| 2 | God |
| 3 | Verken god eller dårlig |
| 4 | Dårlig |
| 5 | Svært dårlig |
| 6 | Ubesvart/Vet ikke |

Q002 - Q002: Helsen din

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Vil du si at du føler deg frisk nok til å kunne gjøre det du har lyst til?

Normal

- | | |
|---|--------------------|
| 1 | Ja, for det meste |
| 2 | Ja, av og til |
| 3 | Nei (nesten aldri) |
| 4 | Ubesvart/Vet ikke |

Q003 - Q003: Helsen din

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Har du noen form for langvarig sykdom eller helseproblem? Med langvarig tenkes på sykdom eller problem, som har vart eller forventes å vare i minst 6 måneder.

Normal

- | | |
|---|-------------------|
| 1 | Ja |
| 2 | Nei |
| 3 | Ubesvart/Vet ikke |

Ask only if Q003 - Q003,1

Q004 - Q004: Helsen din

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Tenk på de 6 siste månedene. Har du hatt problemer med å utføre daglige aktiviteter på grunn av sykdom eller helseproblemer?

Normal

- | | |
|---|----------------------------------|
| 1 | Ja, alvorlig begrenset |
| 2 | Ja, begrenset, men ikke alvorlig |
| 3 | Nei, ikke begrenset |
| 4 | Ubesvart/Vet ikke |

Q005 - Q005: Helsen din

Matrix

[Answer not required](#) | [Not back](#) | [Number of rows: 10](#) | [Number of columns: 5](#)

Nedenfor finner du en liste over ulike typer plager. I hvilken grad har du vært plaget av disse den siste uken?

[Rows: Normal](#) | [Columns: Normal](#)[Rendered as Dynamic Grid](#)

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget	Ubesvart/Vet ikke
Plutselig frykt uten grunn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler deg redd eller engstelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matthet eller svimmelhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler deg anspent eller oppjaget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lett for å klandre deg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedtrykt, tungsindig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av å være unyttig, lite verdt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av at alt er et slit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av håpløshet med hensyn til fremtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q006 - Q006: Helsen din

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Hvordan vurderer du tannhelsen din?

[Normal](#)

- 1 Svært god
- 2 Ganske god
- 3 Verken god eller dårlig
- 4 Ganske dårlig
- 5 Svært dårlig
- 6 Ubesvart/Vet ikke

Q007 - Q007: Helsen din

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Når var du sist hos tannlege?

[Normal](#)

- 1 0-2 år siden
- 2 3-5 år siden
- 3 Mer enn 5 år siden
- 4 Ubesvart/Vet ikke

Q049 - Q049: Arbeid

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

ARBEID

Hva er din nåværende hovedaktivitet?

Normal

- 1 Yrkesaktiv heltid (32 timer eller mer per uke)
- 2 Yrkesaktiv deltid (mindre enn 32 timer per uke)
- 3 Selvstendig næringsdrivende
- 4 Sykmeldt
- 5 Arbeidsledig
- 6 Uføretrygdet/mottar arbeidsavklaringspenger
- 7 Mottar sosialstønad
- 8 Alders- eller førtidspensjonist
- 9 Skoleelev eller student
- 10 Vernepliktig, sivilarbeider
- 11 Hjemmearbeidende
- 12 Annet
- 13 Ønsker ikke svare

Q008 - Q008: Arbeid

Single coded

[Not back](#)

Hvordan vurderer du arbeidsevnen din i forhold til din helsetilstand?

Normal

- 1 Jeg kan uten problemer klare en vanlig jobb
- 2 Jeg kan med anstrengelse klare en vanlig jobb
- 3 Jeg kan bare klare en vanlig jobb dersom det tas hensyn til helsetilstanden min (f.eks. nedsatt arbeidstid, tilrettelegging på arbeidsplassen, endrede arbeidsoppgaver)
- 4 Jeg kan ikke under noen omstendigheter klare en vanlig jobb
- 5 Ubesvart/Vet ikke

Ask only if **Q049 - Q049,1,2,3,4****Q009 - Q009: Arbeid**

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Hvordan vil du beskrive arbeidet ditt?

Normal

- 1 For det meste stillesittende arbeid
- 2 Arbeid der man går mye
- 3 Arbeid der man både går mye og løfter mye
- 4 Tungt kroppsarbeid
- 5 Ubesvart/Vet ikke

Ask only if Q049 - Q049,1,2,3,4

Q010 - Q010: Arbeid

Matrix

[Answer not required](#) | [Not back](#) | [Number of rows: 3](#) | [Number of columns: 5](#)

Hvor sjelden eller ofte forekommer følgende forhold i arbeid ditt?

[Rows: Normal](#) | [Columns: Normal](#)

[Rendered as Dynamic Grid](#)

	Aldri	Sjelden	Noen dager i uken	Hver dag	Ubesvart/Vet ikke
Støy (må heve stemmen for å bli hørt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berøring med kjemiske stoffer/væsker/gasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monotont/ensidig eller stillesittende arbeid ved datamaskin eller lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ask only if Q049 - Q049,1,2,3,4

Q011 - Q011: Arbeid

Matrix

[Answer not required](#) | [Not back](#) | [Number of rows: 3](#) | [Number of columns: 6](#)

Hvor sjelden eller ofte skjer følgende i arbeidssituasjonen din?

[Rows: Normal](#) | [Columns: Normal](#)

[Rendered as Dynamic Grid](#)

	Meget sjelden eller aldri	Nokså sjelden	Av og til	Nokså ofte	Meget ofte eller alltid	Ubesvart/Vet ikke
Du mottar motstridende forespørsler fra to eller flere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du må gjøre ting som du mener burde ha vært gjort annerledes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du får oppgaver uten tilstrekkelige hjelpemidler og ressurser til å fullføre dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ask only if Q049 - Q049,1,2,3,4

Q012 - Q012: Arbeid

Matrix

[Answer not required](#) | [Not back](#) | [Number of rows: 1](#) | [Number of columns: 6](#)

Hvor enig eller uenig er du i følgende:

[Rows: Normal](#) | [Columns: Normal](#)

[Rendered as Dynamic Grid](#)

	Helt enig	Enig	Verken eller	Uenig	Helt uenig	Ubesvart/Vet ikke
Alt i alt er jeg fornøyd med jobben min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q013 - Q013: Kosthold og levevaner

Matrix

[Answer not required](#) | [Not back](#) | [Number of rows: 5](#) | [Number of columns: 7](#)

KOSTHOLD OG LEVEVANER

Hvor ofte...?

[Rows: Normal](#) | [Columns: Normal](#)[Rendered as Dynamic Grid](#)

	2 eller flere ganger per dag	1 gang per dag	5-6 ganger per uke	3-4 ganger per uke	1 gang per uke eller sjeldnere	aldri/Nesten aldri	Ubesvart/Vet ikke
...spiser du frukt	?	?	?	?	?	?	?
...spiser du grønnsaker eller salat	?	?	?	?	?	?	?
...drikker du juice/smoothie	?	?	?	?	?	?	?
...drikker du sukkerholdig brus/leskedrikk	?	?	?	?	?	?	?
...spiser du fisk (til middag eller pålegg)	?	?	?	?	?	?	?

Q014 - Q014: Levevaner

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Røyker du?

[Normal](#)

- 1 Ja, daglig
- 2 Ja, av og til
- 3 Nei
- 4 Ubesvart/Vet ikke

Q015 - Q015: Levevaner

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Snuser du?

[Normal](#)

- 1 Ja, daglig
- 2 Ja, av og til
- 3 Nei
- 4 Ubesvart/Vet ikke

Q016 - Q016: Levevaner

Single coded

[Not back](#)

Hvor ofte drikker du alkohol?

[Normal](#)

- 1 Aldri
- 2 Månedlig eller sjeldnere
- 3 2-4 ganger i måneden
- 4 2-3 ganger i uken
- 5 4 ganger i uken eller mer
- 6 Ubesvart/Vet ikke

Ask only if Q016 - Q016,2,3,4,5

Q017 - Q017: Levevaner

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Hvor mange enheter alkohol (én liten flaske/boks øl, ett glass vin eller én drink) drikker du vanligvis når du drikker?

Normal

- | | |
|---|-------------------|
| 1 | 1-2 |
| 2 | 3-4 |
| 3 | 5-6 |
| 4 | 7-9 |
| 5 | 10 eller flere |
| 6 | Ubesvart/Vet ikke |

Ask only if Q016 - Q016,2,3,4,5

Q018 - Q018: Levevaner

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Hvor ofte drikker du 6 eller flere enheter alkohol ved en anledning?

Normal

- | | |
|---|-----------------------|
| 1 | Aldri |
| 2 | Sjelden |
| 3 | Noen ganger i måneden |
| 4 | Noen ganger i uken |
| 5 | Nesten daglig |
| 6 | Ubesvart/Vet ikke |

Q019 - Q019: Levevaner

Matrix

[Answer not required](#) | [Not back](#) | [Number of rows: 3](#) | [Number of columns: 5](#)

Har du i løpet av de siste 12 mnd. brukt:

[Rows: Normal](#) | [Columns: Normal](#)

[Rendered as Dynamic Grid](#)

	Nei	Ja, prøvd en gang	Ja, av og til	Ja, jevnlig	Ubesvart/Vet ikke
Cannabis (hasj, marihuana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prestasjonsfremmende midler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre rusmidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q020 - Q020: Fysisk aktivitet

Single coded

[Not back](#)

FYSISK AKTIVITET

Driver du med noen form for sport, mosjon, eller fysisk aktivitet?

Normal

- | | |
|---|-------------------|
| 1 | Ja |
| 2 | Nei |
| 3 | Ubesvart/Vet ikke |

Ask only if Q020 - Q020,1

Q021 - Q021: Fysisk aktivitet

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

I en typisk uke, hvor mange timer driver du sport, mosjon, eller fysisk aktivitet?

Normal

- | | |
|---|-------------------|
| 1 | 0-1 |
| 2 | 2 |
| 3 | 3-4 |
| 4 | 5-6 |
| 5 | 7 timer eller mer |
| 6 | Ubesvart/Vet ikke |

Q022 - Q022: Støtte

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

STØTTE

Hvor mange personer står deg så nær at du kan regne med dem hvis du har store personlige problemer?

Normal

- | | |
|---|-------------------|
| 1 | Ingen |
| 2 | 1-2 |
| 3 | 3-5 |
| 4 | 6 eller flere |
| 5 | Ubesvart/Vet ikke |

Q023 - Q023: Støtte

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Det å få praktisk hjelp fra naboer om du skulle trenge det, er det...

Normal

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1 | Svært vanskelig |
| 2 | Vanskelig |
| 3 | Verken lett eller vanskelig |
| 4 | Lett |
| 5 | Svært lett |
| 6 | Ubesvart/Vet ikke |

Q024 - Q024: Støtte

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Hvor stor interesse viser folk for det du gjør? Vil du si ...

Normal

- | | |
|---|-------------------------------|
| 1 | Ingen deltagelse og interesse |
| 2 | Liten deltagelse og interesse |
| 3 | Usikker |
| 4 | Noe deltagelse og interesse |
| 5 | Stor deltagelse og interesse |
| 6 | Ubesvart/Vet ikke |

Q025 - Q025: Støtte

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Hvor ofte føler du at du savner noen å være sammen med?

Normal

- | | |
|---|-------------------|
| 1 | Aldri |
| 2 | Sjelden |
| 3 | Av og til |
| 4 | Ofte |
| 5 | Svært ofte |
| 6 | Ubesvart/Vet ikke |

Q026 - Q026: Støtte

Single coded

[Not back](#)

Deltar du i foreningsliv, møtevirksomhet, styrer, kveldsskoler eller lignende i fritiden?

Normal

- | | |
|---|--------------------------|
| 1 | Ja, daglig |
| 2 | Ja, 1-2 ganger i uken |
| 3 | Ja, 1-2 ganger i måneden |
| 4 | Ja, men sjelden |
| 5 | Nei, aldri |
| 6 | Ubesvart/Vet ikke |

Ask only if **Q026 - Q026,5****Q027 - Q027: Støtte**

Multi coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Hvorfor deltar du ikke?

Flere svar mulig

Normal

- | | |
|-----|---|
| 1 | Kjenner ingen andre som er med |
| 2 | Har ikke tid |
| 3 | Er ikke interessert |
| 4 | Føler meg ikke velkommen i miljøet |
| 5 | Det snakkes et språk jeg ikke mestrer |
| 6 | Det er for dyrt |
| 7 | Orker ikke/gidder ikke |
| 8 | Har ikke blitt spurt |
| 998 | Vet ikke hva som foregår / Det er ikke tilgjengelig informasjon *Fixed *Exclusive |
| 999 | Ubesvart/Vet ikke *Fixed *Exclusive |

Q028 - Q028: Støtte

Matrix

[Answer not required](#) | [Not back](#) | [Number of rows: 8](#) | [Number of columns: 5](#)

Hvor stor eller liten tiltro har du til følgende institusjoner:

[Rows: Normal](#) | [Columns: Normal](#)[Rendered as Dynamic Grid](#)

	Svært stor	Ganske stor	Ganske liten	Svært liten	Ubesvart/Vet ikke
Helsevesenet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skolevesenet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunestyret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fylkestinget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Politiet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rettsvesenet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massemedia (tv, radio, aviser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q029 - Q029: Nærområdet

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

NÆROMRÅDE

Hvordan trives du i nærmiljøet ditt?

[Normal](#)

- 1 I stor grad
- 2 I noen grad
- 3 I liten grad
- 4 Ikke i det hele tatt
- 5 Ubesvart/Vet ikke

Q030 - Q030: Nærområdet

Matrix

[Answer not required](#) | [Not back](#) | [Number of rows: 10](#) | [Number of columns: 3](#)

Når du tenker på bostedet og ditt nærområde, hva vil du si er bra eller dårlig?

[Rows: Normal](#) | [Columns: Normal](#)[Rendered as Dynamic Grid](#)

	Bra	Dårlig	Ubesvart/Vet ikke
Tilgjengelighet og utvalg av butikker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilgjengelighet og utvalg av underholdningstilbud og kulturtilbud (kino, bibliotek, teater, dansested etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilgjengeligheten av grøntarealer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mulighetene for fritidsaktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kollektivtransporttilbudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muligheten for å treffe folk (på møteplasser, i foreninger etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rolig og trygt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forstyrrende støy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftkvalitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skolen som en aktuell møteplass, etter skoletid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q031 - Q031: Nærområdet

Matrix

[Answer not required](#) | [Not back](#) | [Number of rows: 4](#) | [Number of columns: 3](#)

Opplever du at det er enkelt for deg:

[Rows: Normal](#) | [Columns: Normal](#)[Rendered as Dynamic Grid](#)

	Ja	Nei	Ubesvart/Vet ikke
Å bevege deg i og rundt egen bolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å bevege deg i ditt nærområde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å komme deg til natur- og friluftsområder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å finne og lese informasjon om offentlige tjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q032 - Q032: Nærområdet

Multi coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Hva er viktig for at du skal trives i nærmiljøet ditt?

Maksimum 4 svar

[Normal](#)

- 1 At jeg kjenner naboene mine
- 2 Å få være i fred når jeg ønsker det
- 3 Å ha tilgang til butikk og spisested i nærmiljøet
- 4 Å ha tilgang til ulike offentlige tjenester (lege, skole, helsestasjon, NAV etc)
- 5 At nærmiljøet er pent og velholdt
- 6 Å ha tilgang til natur- og friluftsområder
- 7 Å ha utsikt til natur
- 8 Gode gang- og sykkelveier
- 9 Gode parkeringsmuligheter
- 10 Tilgang til møteplasser
- 11 Kulturtilbud
- 996 Annet, noter... **Open *Fixed*
- 999 Ubesvart/Vet ikke **Fixed *Exclusive*

Scripter notes: Maksimum 4 svar

Q033 - Q033: Nærområdet

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Alt i alt, hvor trygg føler du deg når du er ute og går i nærmiljøet ditt?

[Normal](#)

- 1 0 Ikke trygg i det hele tatt
- 2 1
- 3 2
- 4 3
- 5 4
- 6 5
- 7 6
- 8 7
- 9 8
- 10 9
- 11 10 Svært trygg
- 12 Ubesvart/Vet ikke

Q034 - Q034: Nærområdet

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

I hvilken grad føler du at du hører til på stedet der du bor?

Normal

1	0 Føler ikke tilhørighet i det hele tatt
2	1
3	2
4	3
5	4
6	5
7	6
8	7
9	8
10	9
11	10 Føler sterk grad av tilhørighet
12	Ubesvart/Vet ikke

Q035 - Q035: Nærområdet

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tiden?

Normal

1	0 Ikke fornøyd i det hele tatt
2	1
3	2
4	3
5	4
6	5
7	6
8	7
9	8
10	9
11	10 Svært fornøyd
12	Ubesvart/Vet ikke

Q036 - Q036: Nærområdet

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Alt i alt, i hvilken grad opplever du at det du gjør i livet er meningsfylt?

Normal

1	0 Ikke meningsfylt i det hele tatt
2	1
3	2
4	3
5	4
6	5
7	6
8	7
9	8
10	9
11	10 Svært meningsfylt
12	Ubesvart/Vet ikke

Q037 - Q037: Nærområdet

Matrix

[Answer not required](#) | [Not back](#) | [Number of rows: 8](#) | [Number of columns: 12](#)

Tenk på hvordan du har følt deg de siste 7 dagene. I hvilken grad har du vært.....?

[Rows: Normal](#) | [Columns: Normal](#)

[Rendered as Dynamic Grid](#)

	0 Ikke i det hele tatt	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 I svært stor grad	Ubesvart/Vet ikke
Glad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekymret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedfor eller trist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engasjert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rolig og avslappet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engstelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q038 - Q038: Nærområdet

Matrix

[Answer not required](#) | [Not back](#) | [Number of rows: 2](#) | [Number of columns: 12](#)

Hvor enig eller uenig er du i påstandene nedenfor?

[Rows: Normal](#) | [Columns: Normal](#)

[Rendered as Dynamic Grid](#)

	0 Helt uenig	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Helt enig	Ubesvart/Vet ikke
Mine sosiale relasjoner er støttende og givende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bidrar aktivt til andres lykke og livskvalitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q039 - Q039: Nærområdet

Matrix

[Answer not required](#) | [Not back](#) | [Number of rows: 2](#) | [Number of columns: 5](#)

Hvor ofte eller sjelden har du vært plaget av følgende problem i løpet av de siste 14 dagene?

[Rows: Normal](#) | [Columns: Normal](#)[Rendered as Dynamic Grid](#)

	Ikke i det hele tatt	Noen dager	Mer enn halvparten av dagene	Nesten hver dag	Ubesvart/Vet ikke
Lite interesse for eller glede over å gjøre ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg nedfor, depriment eller fylt av håpløshet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q041 - Q041: Nærområdet

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Hvor ofte er du sammen med gode venner? Regn ikke med medlemmer av din egen familie.

[Normal](#)

- 1 Omtrent daglig
- 2 Omtrent hver uke, men ikke daglig
- 3 Omtrent hver måned, men ikke ukentlig
- 4 Noen ganger i året
- 5 Sjeldnere enn hvert år
- 6 Har ingen gode venner
- 7 Ubesvart/Vet ikke

Q042 - Q042: Nærområdet

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Vil du stort sett si at folk flest er til å stole på, eller at en ikke kan være for forsiktig når en har med andre å gjøre?

[Normal](#)

- 1 0 Kan ikke være for forsiktig
- 2 1
- 3 2
- 4 3
- 5 4
- 6 5
- 7 6
- 8 7
- 9 8
- 10 9
- 11 10 Folk flest er til å stole på
- 12 Ubesvart/Vet ikke

Q043 - Q043: Nærområdet

Matrix

[Answer not required](#) | [Not back](#) | [Number of rows: 7](#) | [Number of columns: 6](#)

 Sånn stort sett her i livet, hvor godt passer dette på deg for tiden?

[Rows: Normal](#) | [Columns: Normal](#)
[Rendered as Dynamic Grid](#)

	Passer ikke	Passer litt	Passer sånn halveis	Passer ganske bra	Passer helt	Ubesvart/Vet ikke
Jeg er noe – jeg er noe verdt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er del av noe som er større enn meg selv – det er noen som trenger meg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg duger til noe – det er noe jeg får til	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg hører til et sted – jeg hører til hos noen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg kan tenke, føle og utfolde meg uten å være redd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det betyr noe for andre hva jeg gjør eller ikke gjør	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg har noen å dele tankene og følelsene mine med - det er noen som kjenner meg, som bryr seg om meg.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q044 - Q044: Nærområdet

Matrix

[Answer not required](#) | [Not back](#) | [Number of rows: 17](#) | [Number of columns: 6](#)

 Sånn stort sett her i livet, hvor viktig er dette for deg nå for tiden?

[Rows: Normal](#) | [Columns: Normal](#)
[Rendered as Dynamic Grid](#)

	Ikke viktig	Litt viktig	Sånn halveis viktig	Ganske viktig	Veldig viktig	Ubesvart/Vet ikke
At du er noe – at du er noe verdt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At du er del av noe som er større enn deg selv – at det er noen som trenger deg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At du duger til noe – at det er noe du får til.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At du hører til et sted – at du hører til hos noen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At du kan tenke, føle og utfolde deg uten å være redd.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At det betyr noe for andre hva du gjør eller ikke gjør.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At du har noen å dele tankene og følelsene dine med – at det er noen som kjenner deg, som bryr seg om deg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At du liker deg selv sånn som du er	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At du har god helse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At du har gode venner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At du har god råd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At du er aktiv og har noe å holde på med til daglig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At du er fornøyd med livet generelt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At du er fornøyd med hvordan du ser ut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At du får leve lenge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At du kan klare deg selv med minst mulig hjelp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At familien din har det bra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q048 - Q048: Bakgrunn

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Hva er din høyeste fullførte utdanning?

Normal

- 1 Grunnskole/framhaldsskole/folkehøyskole inntil 10 år
- 2 Fagutdanning/realskole/videregående/gymnas minimum 3 år
- 3 Høyskole/universitet mindre enn 4 år
- 4 Høyskole/universitet 4 år eller mer
- 5 Ønsker ikke svare

Q050 - Q050: Bakgrunn

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Hva var din husstands samlede bruttoinntekt (dvs. før skatt) siste år?

Ta med alle inntekter fra arbeid, trygder, sosialhjelp og lignende.

Normal

- 1 Under 150 000 kr
- 2 150 000-249 999 kr
- 3 250 000-349 999 kr
- 4 350 000-449 999 kr
- 5 450 000-549 999 kr
- 6 550 000-749 999 kr
- 7 750 000-999 999 kr
- 8 1 mill-1,25 mill kr
- 9 Over 1,25 mill kr
- 10 Ønsker ikke svare

Q051 - Q051: Bakgrunn

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Hvis du bor alene - tenk på din samlede inntekt. Dersom du bor sammen med andre - tenk på den samlede inntekten til alle i husholdningen: Hvor lett eller vanskelig er det for deg/dere å få pengene til å strekke til i det daglige, med denne inntekten?

Normal

- 1 Svært vanskelig
- 2 Vanskelig
- 3 Forholdsvis vanskelig
- 4 Forholdsvis lett
- 5 Lett
- 6 Svært lett
- 7 Ønsker ikke svare

Q052 - Q052: Bakgrunn

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Eier eller leier du boligen din?

Normal

- 1 Jeg eier min bolig
- 2 Jeg leier min bolig
- 3 Ønsker ikke svare

Q053 - Q053: Bakgrunn

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Er du gift/samboer eller enslig?

Normal

- | | |
|---|---|
| 1 | Gift/ registret partner |
| 2 | Samboende |
| 3 | Har kjæreste (som du ikke bor sammen med) |
| 4 | Enslig |
| 5 | Ønsker ikke svare |

Q054 - Q054: Bakgrunn

Numeric

[Answer not required](#) | [Not back](#) | [Max = 99](#)

Hvor mange personer bor i husstanden din (inkludert deg selv)?

999 Ønsker ikke svare *Fixed *Exclusive

Q055 - Q055: Bakgrunn

Numeric

[Answer not required](#) | [Not back](#) | [Max = 99](#)

Hvor mange personer under 18 år bor i husstanden din?

999 Ønsker ikke svare *Fixed *Exclusive

Q056 - Q056: Bakgrunn

Numeric

[Answer not required](#) | [Not back](#) | [Max = 999](#)

Hvor høy er du?

	Oppgi i cm.
999	Ønsker ikke svare *Fixed *Exclusive

Q057 - Q057: Bakgrunn

Numeric

[Answer not required](#) | [Not back](#) | [Max = 999](#)

Hvor mye veier du (hvis gravid, vekt før graviditet)?

	Oppgi i kg.
999	Ønsker ikke svare *Fixed *Exclusive

Q058 - Q058:

Text

[Not back](#)

Tusen takk for at du fylte ut skjemaet!

Q059 - Q059:

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Som takk for hjelpen trekkes vinnere av Ipads blant dem som har returnert utfylt skjema. Dersom du ønsker å være med i trekningen, vennligst kryss av nedenfor.

Normal

- 1 Ja takk, jeg ønsker å delta i trekningen
- 2 Nei takk, jeg ønsker ikke å delta i trekningen



Norges miljø- og biovitenskapelige universitet
Noregs miljø- og biovitenskapelige universitet
Norwegian University of Life Sciences

Postboks 5003
NO-1432 Ås
Norway