



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Masteroppgave 2021 30 stp
Fakultet for landskap og samfunn

Sosial kapital og livskvalitet

En tverrsnittstudie av sammenhengen mellom sosial kapital og global livskvalitet hos mennesker med langvarig sykdom

Hilde T. Katralen
Master i folkehelsevitenskap

Forord

Fire år med masterstudier i folkehelsevitenskap på deltid går mot slutten. Det har vært fire krevende år, men samtidig har det vært utrolig spennende og lærerikt. Hvert steg har vært ett på veien til målet om mer kunnskap for å kunne bidra til at befolkningen kan leve gode liv og oppleve mestring. Å gå mellom store trær og ærverdige bygninger på veien til Urbygningen, har vært et deilig pusterom i en ellers hektisk arbeidshverdag. Jeg er takknemlig for alle hyggelige medstudenter og dedikerte forelesere jeg har fått møte, bli kjent med og lære av.

Som fysioterapeut, er det lett å fokusere på detaljer i et uheldig bevegelsesmønster, svekket muskelkvalitet eller livsstilsrelaterte valg, men gjennom årene, både i klinisk fysioterapi og i frisklivssentralen, har jeg erfart at veien til målet ofte handler om helt andre ting. Jeg har erfart at sosiale faktorer kan ha stor betydning for resultatet. Temaet jeg valgte for masteroppgaven var derfor noe jeg ønsket mer innsikt i, og jo mer jeg har jobbet med oppgaven jo viktigere innser jeg at disse faktorene er for helse og livskvalitet, både for enkeltpersonene, men også i et folkehelseperspektiv.

Jeg ønsker å si tusen takk til min dyktige og engasjerte veileder Camilla Ihlebæk, professor ved NMBU. Du har gitt av deg selv på en overveldende måte hele veien inn. Dine konstruktive råd og tydelige innspill har gitt inspirasjon og pågangsmot selv i tider jeg har følt at jeg ikke kom noen vei.

Videre vil jeg takke Viken fylkeskommune for at jeg fikk benytte data fra befolkningsundersøkelsen Oss i Østfold, og for at dere inviterte oss studenter til et inspirerende inngangsseminar i startfasen av arbeidet. Takk Anni Skipstein og Knut-Johan Rognlien ved Viken fylkeskommune og Arve Negaard og Jo Ese ved Høgskolen i Østfold.

Takk til gode kollegaer på jobb for forståelse og heiarop underveis. Uten dere ville dette ikke latt seg gjennomføre.

Til sist, men ikke minst, tusen takk til de kjære, fine gutta mine hjemme. Takk til Aksel og Iver for tålmodighet når mamma'n deres tidvis har måttet prioritere studier foran Monopol og fotball i hagen. Takk til Jon Arne for all støtte, for at du har gitt meg det dyttet jeg trengte når jeg har hatt lyst til å gi opp og som ikke minst vært der for gutta når jeg ikke har vært det.

«Du vet når en tulipan henger med huet, og så trækker man den inn blant de andre for at den skal stå oppreist. Et sånt samfunn vil jeg ha.»

Ingrid Ovedie Volden

Mysen, mai 2021
Hilde T. Katralen

Sammendrag

Bakgrunn: Langvarig sykdom er en av de største folkehelseutfordringene i Norge, og påvirker personenes liv, helse og livskvalitet. Tidligere forskning har vist at sosial kapital er en viktig determinant for helse og livskvalitet generelt, men det er behov for mer kunnskap om hvordan sosial kapital påvirker livskvalitet hos gruppen med langvarig sykdom for å kunne legge til rette for målrettet planlegging av folkehelsearbeidet ovenfor denne gruppen.

Hensikt: Å undersøke sammenhengen mellom indikatorer for sosial kapital og global livskvalitet hos mennesker med langvarig sykdom.

Metode: En kvantitativ tilnærming med tverrsnittdesign ble benyttet. I 2019 svarte 16 558 personer mellom 18 og 79 år bosatt i Østfold på et web-basert spørreskjema om levekår, helse og livskvalitet. Et analytisk utvalg på 6 754 respondenter med langvarig sykdom ble benyttet for studiens formål. Logistisk regresjonsanalyse ble benyttet til å studere sammenhengen mellom sosial kapital operasjonalisert ved indikatorene tillit, sosial støtte, deltakelse og tilhørighet, og global livskvalitet. I analysen ble det kontrollert for sosiodemografiske variabler og funksjonsbegrensinger, fysisk aktivitet og ensomhet.

Resultater: Deltakerne skåret gjennomsnittlig 6.95 (SD ± 2.35) på en skala fra 0-10 på global livskvalitet. Gjennomsnittlig skår på tillit var 6.76 (SD ± 2.65), 30.5% opplevde lav sosial støtte, 42.8% deltok aldri i foreningsliv, møtevirksomhet eller lignende i fritiden, mens gjennomsnittlig skår på tilhørighet var 7.38 (SD ± 2.66). Økende tillit (OR=1.14), høy sosial støtte (OR=2.65), deltakelse (OR=1.30) og høyere grad av tilhørighet (OR=1.23) var alle signifikant assosiert med global livskvalitet etter å ha kontrollert for konfunderende variabler. Den fulljusterte modellen forklarte 42% av variansen i global livskvalitet.

Konklusjon: Dataanalysene gjort i denne studien bekrefter at det er en sammenheng mellom høy sosial kapital og global livskvalitet også for personer med langvarig sykdom. Dette viser at det er viktig å legge til rette for økt sosial kapital for personer med langvarig sykdom i målrettet planlegging av folkehelsearbeidet.

Nøkkelord: Langvarig sykdom, livskvalitet, sosial kapital, tillit, sosial støtte, deltakelse, tilhørighet.

Abstract

Background: Long-term illness and disease are major public health challenges in Norway, and affects people's lives, health, and quality of life. Previous research has shown that social capital is an important determinant of health and quality of life in general, but there is a need for more knowledge about how social capital affects quality of life in persons living with chronic and long lasting illness in order to facilitate health promotion for this group.

Aim: To study the relationship between indicators of social capital and global quality of life in people with long-term illness.

Method: A quantitative approach with a cross-sectional design was used. In 2019, 16 558 people between the ages of 18 and 79 living in Østfold answered a web-based questionnaire about living conditions, health, and quality of life. An analytical sample of 6 754 respondents with long-term illness was used for the purpose of the study. Logistic regression analysis was conducted to investigate the relationship between social capital operationalized by the indicators trust, social support, participation and belonging, and global quality of life. The analysis was controlled for sociodemographic variables and functional limitations, physical activity, and loneliness.

Results: Participants showed a mean value of 6.95 (SD \pm 2.35) on a scale from 0 to 10 on global quality of life. The mean score for trust was 6.76 (SD \pm 2.65), 30.5% experienced low social support, 42.8% never participated in association life, meetings or similar in their free time, while the mean score for belonging was 7.38 (SD \pm 2.66). Increasing trust (OR = 1.14), high social support (OR = 2.65), participation (OR = 1.30) and higher level of belonging (OR = 1.23) were all significantly associated with global quality of life after controlling for confounding variables. The fully adjusted model explained 42% of the variance in global quality of life.

Conclusion: The results in this study confirm that there is an association between high social capital and global quality of life also for people with long-term illness. This shows that it is important to facilitate increased social capital for people with long-term illness when planning for public health.

Keywords: Long-term illness, quality of life, social capital, trust, social support, participation, belonging.

Tabelloversikt

Tabell 1	Sosiodemografiske karakteristika for utvalget
Tabell 2	Deskriptive data for utvalget for global livskvalitet, tillit, sosial støtte, deltakelse, tilhørighet, funksjonsbegrensninger, fysisk aktivitet og ensomhet
Tabell 3	Bivariate analyser for sammenheng mellom forklaringsvariabler og global livskvalitet. Forskjellene mellom gruppene ble testet med K χ^2 -kvadrat test (kategoriske variabler) og Independent Samples t-test (kontinuerlige variabler).
Tabell 4	Stegvis binær logistisk regresjonsanalyse av sosial kapital (tillit, sosial støtte, deltakelse og tilhørighet), sosiodemografiske variabler (kjønn, alder, utdanning og arbeidsstatus) og andre konfundere (funksjonsbegrensninger, fysisk aktivitet og ensomhet) med global livskvalitet som avhengig variabel. N=6 754. OR=Odds Ratio; KI=Konfidensintervall. ^a Omnibus Test of Model Coefficients

Forkortelser

DIFI – Direktoratet for forvaltning og IKT

FHI – Folkehelseinstituttet

FN – Forente nasjoner

KI – Konfidensintervall

KRR – Kontakt- og reservasjonsregisteret

NSD – Norsk senter for forskningsdata

NUS 2000 – Norsk standard for utdanningsgruppering

OECD – Organization for Economic Co-operation and Development / Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling

OR – Odds Ratio

REK – Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

SD – Standard Deviation (Standardavvik)

SSB – Statistisk sentralbyrå

WHO – Verdens helseorganisasjon

Innhold

Forord	1
Sammendrag	2
Abstract	3
Tabelloversikt	4
Forkortelser	5
1 Innledning	8
2 Bakgrunn	10
2.1 Folkehelse og folkehelsearbeid	10
2.2 Hva er helse?	11
2.3 Livskvalitet	12
2.4 Langvarig sykdom	13
2.5 Faktorer som påvirker helse og livskvalitet.....	15
2.6 Sosial kapital.....	17
2.6.1 Tillit.....	19
2.6.2 Sosial støtte	19
2.6.3 Deltakelse.....	20
2.6.4 Tilhørighet.....	21
3 Problemstilling	23
4 Metode	24
4.1 Studiedesign.....	24
4.2 Studiepopulasjon og utvalg	24
4.3 Spørreskjema	25
4.4 Variabler	25
4.4.1 Avhengig variabel.....	25
4.4.2 Variabler for sosial kapital	25

4.4.3	Sosiodemografiske variabler	26
4.4.4	Andre konfunderende variabler	27
4.5	Dataanalyse og statistiske metoder	28
4.6	Etiske vurderinger.....	28
5	Resultater	30
5.1	Deskriptive analyser	30
5.2	Bivariate analyser	31
5.3	Binær logistisk regresjonsanalyse	33
6	Diskusjon	36
6.1	Oppsummering av resultatene	36
6.2	Diskusjon av funn.....	36
6.2.1	Sosiodemografiske variabler og livskvalitet	36
6.2.2	Funksjonsbegrensninger, fysisk aktivitet, ensomhet og livskvalitet.....	38
6.2.3	Sosial kapital og livskvalitet	40
6.3	Diskusjon av metode	43
6.3.1	Metodisk tilnærming og studiedesign	43
6.3.2	Databehandling og analyse	44
6.3.3	Validitet og reliabilitet	46
6.3.4	Generaliserbarhet og skjevhet i utvalget.....	46
7	Konklusjon og implikasjoner for praksis	49
	Litteraturliste.....	51

Vedlegg

Vedlegg 1: Oss i Østfold – om undersøkelsen 2019

1 Innledning

En av de store folkehelseutfordringene i den industrialiserte verden og i Norge er langvarige, ikke-smittsomme sykdommer hos den voksne befolkningen (Kuh & Shlomo, 2004; Øverland et al., 2018). For mange med langvarig sykdom er konsekvensen at hverdagen, arbeidslivet og handlingsrommet i eget liv endrer seg, og livskvaliteten reduseres (Gjengedal & Hanestad, 2007; Institute of Medicine, 2012).

Folkehelsearbeidet må handle om å fremme god livskvalitet for alle innbyggere, og at alle skal kunne delta i samfunnet og oppleve sosial støtte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). I Stortingsmelding 19 (2018-2019) «Folkehelsemeldinga - Gode liv i eit trygt samfunn» er dette tatt på alvor ved å understreke at personer med langvarig sykdom har særskilte utfordringer som må ivaretas. Regjeringa ønsker å forsterke innsatsen blant annet på å forebygge ensomhet og redusere sosial ulikhet i helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Det er mange faktorer som påvirker helse og livskvalitet, og for mennesker med langvarig sykdom er koblingen mellom sykdom og livskvalitet godt studert, og ofte omhandler denne forskningen hvordan endringer i levevaner og behandling kan bidra til økt livskvalitet for denne gruppen. I studier av den generelle befolkning har det vist seg at sosiale determinanter som sosial kapital også har stor påvirkning på livskvalitet (Islam et al., 2006; Lee et al., 2020; Poortinga, 2012). Denne sammenhengen er imidlertid mindre studert i gruppen med langvarige lidelser. Av den grunn er det behov for å øke kunnskapen om hvilken betydning sosial kapital har for livskvaliteten til mennesker med langvarig sykdom.

Målet for denne studien var derfor å undersøke sammenhengen mellom sosial kapital og global livskvalitet hos mennesker med langvarig sykdom. Data er hentet fra befolkningsundersøkelsen Oss i Østfold gjennomført i 2019. Befolkningen i Østfold kan være spesielt interessant å undersøke, da folkehelseprofilen viser at østfoldingene har flere utfordringer knyttet til fysisk og psykisk helse enn befolkningen i landet for øvrig (Folkehelseinstituttet, 2019), selv om de rapporterer å oppleve relativt høy livskvalitet (Østfold fylkeskommune, 2019).

Opgaven vil bli bygget opp på følgende måte: Det vil innledningsvis gjøres rede for teoretisk bakgrunn og relevant empiri, før problemstillingen blir presentert. I det påfølgende metodekapittelet beskrives design, utvalg og datainnsamling, samt en detaljert beskrivelse av hvordan data ble bearbeidet og analysert. Resultatet av dataanalysen presenteres sammen med

tabeller i det neste kapitlet, før funn og metode vil bli drøftet i lys av relevant litteratur. Avslutningsvis blir dette sammenfattet i en konklusjon og implikasjoner for videre forskning.

2 Bakgrunn

2.1 Folkehelse og folkehelsearbeid

I et historisk perspektiv har det skjedd en stor utvikling de siste 200 årene i folkehelsen i Norge. Fra at infeksjonssykdommer var hyppigste årsak til død på 1800-tallet, ser vi i dag en betydelig forekomst og dødelighet av hjerte- karsykdommer og kreft, og flere lever lenger med kroniske eller langvarige sykdommer (Bore, 2007; Folkehelseinstituttet, 2014).

Befolkningens helse er en av de viktigste ressursene i samfunnet og for å ivareta folkehelsen i Norge trådte Lov om folkehelsearbeid i kraft i 2012. Denne loven skal bidra til en samfunnsutvikling som styrker folkehelsen og utjevner sosiale forskjeller i helse og levekår. Loven skal sikre en systematisk innsats og et langsiktig perspektiv, og den setter fokus på at det skal være «Helse i alt vi gjør» og at ansvaret for folkehelse hovedsakelig legges utenfor helsetjenesten. Formålet med Folkehelseloven (2011) beskrives i §1 i lovteksten slik;

Bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.

Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte.

Loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid.

Både forebyggende og helsefremmende arbeid er en del av folkehelsearbeidet. Den forebyggende delen av folkehelsearbeidet handler om å redusere risiko for sykdom, funksjonsnedsettelse og psykiske og sosiale problemer. Helsefremmende arbeid handler om å fremme både fysisk og psykisk helse, livskvalitet og trivsel, og å stimulere til deltakelse i sosiale fellesskap som gir følelse av tilhørighet og mestringsopplevelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Helsefremmende arbeid ble for første gang omtalt midt på 70-tallet og på Alma Ata-konferansen i 1978 ble helsefremming satt på dagsorden (Naidoo & Wills, 2016). Ottawa-charteret ble vedtatt i 1986 og satte ord på betydningen av helsefremmende arbeid og at dette ikke bare var helsevesenets ansvar (WHO, 1986). Helsefremmende arbeid skulle sette mennesker i stand til å forbedre og ta vare på egen helse

og det ble også poengtert at helse er en positiv kapital som vektlegger sosiale og miljømessige ressurser og fysisk kapasitet (WHO, 1986). I tillegg til forebygging og helsefremming, er en viktig del av folkehelsearbeidet å utjevne sosiale ulikheter i helse (Folkehelseloven, 2011). Sosial ulikhet i helse er en av de største folkehelseutfordringene vi har, og handler om helseforskjeller som systematisk henger sammen med faktorer som bl.a. utdanning, yrke og økonomi, og følger en gradient der helsen bedres stegvis jo høyere man befinner seg på den sosioøkonomiske rangstigen (Helsedirektoratet, 2018a).

Å sikre alle god helse og livskvalitet, er også ett av de 17 bærekraftmålene til FN (United Nations, 2015). Brundtland-kommisjonen var de første til å bruke begrepet bærekraftig utvikling i rapporten «Our Common future» (United Nations, 1987). Bærekraftig utvikling handler om å ivareta behovene som eksisterer i dag, uten å tære på de kommende generasjoners mulighet til å få dekket behovene sine. Dette gjenspeiles også i Folkehelseloven der begrepet langsiktig i §1 i Folkehelseloven er ment å være et uttrykk for bærekraftprinsippet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Bærekraft deles ofte inn i tre dimensjoner; miljømessig, økonomisk og sosial bærekraft, og det er spesielt sosial bærekraft som har mye til felles med folkehelse. Økonomisk og miljømessig bærekraft har tidligere fått mye oppmerksomhet, mens sosial bærekraft har ikke vært like mye i fokus. Dette er uheldig da det å inkludere sosial bærekraft i de vanlige diskusjonene om bærekraft er nødvendig for å sikre resiliente og sunne samfunn i fremtiden (Opp, 2017). Rettferdighet knyttet til like økonomiske muligheter, lik ressurstilgang og de samme mulighetene til å påvirke, utgjør en viktig dimensjon i sosial bærekraft (Hofstad & Bergsli, 2014). En annen viktig faktor for å skape sosial bærekraft er sosial kapital som kan ha et stort potensial i bidra til å sikre gode samfunn, helse og livskvalitet for menneskene som lever der (Rydin & Holman, 2004). Sosial kapital vil bli nærmere beskrevet i kapittel 2.6. Hva god helse og livskvalitet egentlig betyr er imidlertid ikke selvforklarende, og det er derfor et behov for å utdype hvordan disse begrepene forstås i denne studien.

2.2 Hva er helse?

Innen en vitenskapelig medisinsk modell har god helse tradisjonelt vært forstått som fravær av patologi eller funksjonsbegrensninger som følge av sykdom. Verdens helseorganisasjon (WHO) introduserte imidlertid en mer holistisk og positiv definisjon av begrepet som ble vedtatt på Den internasjonale helsekonferansen i 1946 og iverksatt i 1948: «Helse er en

tilstand av fullstendig fysisk, mental og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller svakhet» (WHO, 1946). Det er imidlertid vanlig at vi mennesker møter utfordringer, har oppturer og nedturer som en del av et normalt liv. WHOs definisjon kan derfor oppleves som uoppnåelig. En nyere og mer formålstjenlig definisjon som er mye brukt i Norge er derfor at god helse kan forstås som «det å ha ressurser og overskudd i forhold til hverdagens krav» (Hjort, 1982). Dette kan tolkes slik at god helse gir motstandsressurser til å håndtere de utfordringene som man møter gjennom et liv. De siste årene er det blitt mer og mer vanlig å snakke om både helse og livskvalitet (well-being) i sammenheng og at helse og livskvalitet er gjensidig avhengige faktorer.

2.3 Livskvalitet

Livskvalitet som begrep og mål kan knyttes tett til både levekår og fysisk og psykisk helse, forstås på ulike måter i ulik litteratur, og kan ha flere perspektiver og definisjoner. WHO (1998) definerer livskvalitet som: «Enkeltmenneskers oppfatning av sin posisjon i livet sett i lys av den kultur og det verdisystem de lever i, i forhold til sine mål og forventninger, hvordan de ønsker at livet skal være og hva de er opptatt av». Denne definisjonen viser livskvalitet som et begrep som favner bredt, og omhandler både fysisk helse og psykisk tilstand, i tillegg til grad av selvstendighet, sosiale relasjoner, personlig tiltro og forhold ved miljøet man lever i. Denne definisjonen speiler synet på livskvalitet som en subjektiv dimensjon (WHO, 1998). En annen definisjon som omtaler subjektive aspekter ved livskvalitet, men på en litt annen måte, er OECDs definisjon. I OECD sine retningslinjer for måling av livskvalitet defineres subjektiv livskvalitet slik: «God mental tilstand, inkludert de forskjellige betraktningene, positive og negative, mennesker gjør av eget liv, samt de affektive reaksjonene menneskets opplevelser gir.» (OECD, 2013, s.10). Denne definisjonen omfatter hvordan mennesker opplever og evaluerer livet som helhet, samt menneskets følelser om og evalueringer av bestemte aspekter i livet, eksempelvis tilfredshet med økonomisk situasjon eller hvor tilfreds de er med egen helse.

Teorier om livskvalitet har ulike perspektiver, og kan benyttes i betydningen subjektiv livskvalitet, mens også objektiv livskvalitet er omtalt. I rapporten Well-being på norsk (Carlquist, 2015), diskuteres begrepet livskvalitet. Begrepet brukes oftere om den subjektive delen av begrepet livskvalitet enn tidligere, men ofte handler det også om objektive faktorer som levekår. I hedoniske teorier ser man på livskvalitet som et subjektivt velvære eller behag

der man stort sett alltid er fornøyd (Carlquist, 2015). Eudaimoniske teorier om livskvalitet omhandler det mer objektive perspektivet, men favner også aspekter av subjektiv livskvalitet (Carlquist, 2015; OECD, 2013). Barstad (2014) omtaler eudaimonia som positive emosjoner, men også som selvrealisering, flyt, engasjement og mening. I en nylig publisert rapport om livskvalitet i Norge omtales subjektiv livskvalitet som hvordan livet oppfattes for enkeltpersonen, mens frihet, trygghet, helse, fellesskap og selvrealisering er indikatorer for objektiv livskvalitet (Nes et al., 2020). Den samme rapporten poengterer at livskvalitet som sammensatt og bredt begrep ikke nødvendigvis skal problematiseres ettersom det er nyttig å se subjektiv livskvalitet i relasjon til objektive parametere som for eksempel levekår i helsefremmende og forebyggende arbeid og praktisk politikk (Nes et al., 2020). Livskvalitet kan også deles opp i global livskvalitet, helserelatert livskvalitet og sykdomsspesifikk livskvalitet. Disse påvirker hverandre gjensidig og alle kan involvere fysiske, psykiske, sosiale, åndelige, økonomiske og materielle dimensjoner (Wahl & Hanestad, 2004).

Global livskvalitet representerer enkeltpersonens opplevelse av meningsfullhet og å være tilfreds eller lykkelig med livet i sin helhet (Nes et al., 2020). Det er denne forståelsen av livskvalitet som benyttes i denne masteroppgaven. Blant normalbefolkningen i Norge er grad av livskvalitet generelt høy, og gjennomsnittskår for opplevelse av global livskvalitet er funnet til å være 7.5 på en skala fra 0-10 (Nes et al., 2020). I en undersøkelse gjennomført av SSB fant man tilsvarende at de fleste i Norge er tilfredse med livet og bare 22% oppgir lav tilfredshet. Blant de som oppgir lav tilfredshet finner man en større andel av yngre personer, personer med lav inntekt og lav utdanning og arbeidsledige (Støren et al., 2020).

2.4 Langvarig sykdom

Livskvalitet påvirkes i stor grad av langvarig eller kronisk sykdom (Institute of Medicine, 2012). Gjengedal og Hanestad (2007, s.13) har definert kronisk sykdom som: «en irreversibel, konstant, tiltakende eller latent sykdomstilstand eller svakhet som virker inn på hele mennesket og dets omgivelser, og som fordrer omsorg, egenomsorg, opprettholdelse av funksjon og forebygging av videre funksjonssvikt». Det finnes imidlertid en rekke ulike definisjoner på hva kronisk sykdom er, og hvilke sykdommer som omtales som kronisk sykdom kan også variere. Hjerteinfarkt, hjerneslag, kreft, diabetes type 2, fedme, artritt, Alzheimer, HIV, depresjon, høyt blodtrykk og hyperkolesterolemi er alle tilstander som ifølge Bernell og Howard (2016) omtales under paraplybegrepet kronisk sykdom. Det foregår

imidlertid en diskusjon om kronisk sykdom er en heldig begrepsbruk. Begrepet *kronisk* kan fjerne håpet om bedring og føre til at både en selv og andre gir en opp. Det er derfor foreslått å heller bruke begrepet langvarig sykdom, da dette kan bidra til fokus på brukervedvirkning der personen har mye kunnskap om egen situasjon (Gjerpe, 2010). Begrepet langvarig sykdom vil bli benyttet i denne studien, også i presentasjon av teori og empiri, uavhengig av forfatterens egen begrepsbruk i presentert forskning.

I andre halvdel av det tjuende århundret har langvarige sykdommer hos voksne befolkningen blitt den største folkehelseutfordringen i den industrialiserte verden (Kuh & Shlomo, 2004). WHO (2005) poengterer imidlertid i en rapport om langvarig sykdom at dette er en krevende utfordring i andre deler av verden også. Allerede i 1996 meldte WHO at man ville se en dramatisk økning i forekomsten av ikke-smittsomme sykdommer fram mot 2020 (Murray et al., 1996). I Norge er ikke-smittsomme sykdommer årsaken til 87% av den totale sykdomsbyrden og en stor andel av disse dreier seg om langvarige sykdommer (Øverland et al., 2018). Sykdomsbyrden som utgjør helsetap dreier seg i stor grad om muskel- og skjelettlidelser og psykisk sykdom (Øverland et al., 2018). Kjønn, alder og utdanningsnivå har sammenheng med sannsynlighet for å ha langvarig sykdom (Mørk, 2011) Flere kvinner enn menn har helseproblemer og forekomsten øker markert fra midten av 40-årene hos begge kjønn, og øker deretter med alderen (Statistisk sentralbyrå, 2020). I Østfold som er settingen for denne oppgaven, rapporterer 46% av befolkningen at med har langvarige helseplager og sykdom, og forekomsten øker med alderen (Østfold fylkeskommune, 2019).

Å bli rammet av langvarig sykdom påvirker personen selv og deres familie og venner på ulike måter. Livet endrer seg, og man kan oppleve at hverdagen, arbeidslivet og spillerommet i eget liv får nye betingelser (Gjengedal & Hanestad, 2007; Öhman & Söderberg, 2004).

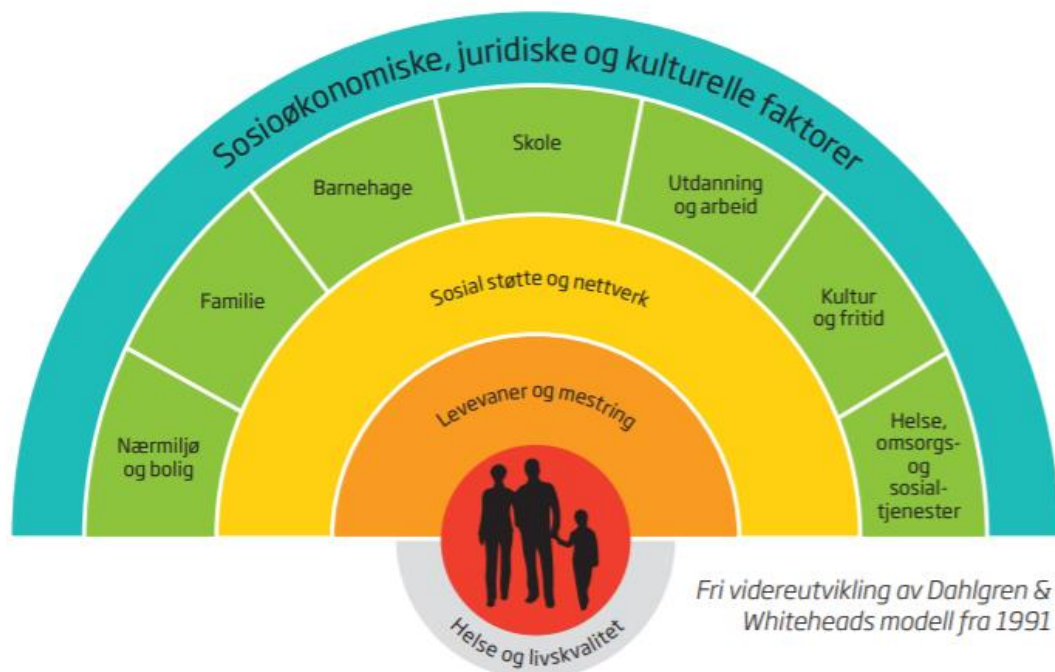
Begrensninger i livet, sosial isolasjon og opplevelsen av å være til belastning for andre, kan gå ut over selvbildet (Charmaz, 1983). Det er mange studier som viser at sykdomsbyrden de langvarige sykdommene ofte medfører har negativ effekt på livskvalitet (Alonso et al., 2004; Dumith et al., 2021; Lubetkin et al., 2005; Megari, 2013; Schlenk et al., 1997). Strine et al. (2008) fant i sin undersøkelse blant voksne amerikanere at personer med langvarig sykdom var mindre tilfredse med livet. Funnene var signifikante selv etter at det var kontrollert for sosiodemografiske indikatorer. Det å ha flere langvarige sykdommer eller plager samtidig har også vist en negativ sammenheng med livskvalitet (Dumith et al., 2021; Heyworth et al., 2009; Michelson et al., 2000). Langvarige helseproblemer kan ha varierende virkning på livskvalitet i ulike aldersgrupper (Michelson et al., 2000; Saarni et al., 2007). Det er vist at

muskel- og skjelettlidelser ofte fører til reduksjon i livskvalitet i alle aldre, mens psykiske lidelser medfører størst belastning på personer under 55 år (Saarni et al., 2007). For personer i yrkesaktiv alder med langvarige sykdommer var lav inntekt assosiert med redusert livskvalitet (Michelson et al., 2000; Saarni et al., 2007). Michelson et al. (2000) fant også arbeidsledighet at predikerte redusert livskvalitet hos de i yrkesaktiv alder med flere langvarige sykdommer. . For å kunne planlegge samfunnet på en hensiktsmessig måte for å møte folkehelseutfordringene langvarig sykdom medfører i dagens Norge, er det viktig å ha kunnskap om hvilke aspekter som påvirker tilstanden og hva som kan bidra til at mennesker med langvarig sykdom opplever god livskvalitet.

2.5 Faktorer som påvirker helse og livskvalitet

Det er mange ulike faktorer, både individuelle og samfunnsrelaterte, som påvirker befolkningens helse og livskvalitet. Faktorer som påvirker helsen, blir omtalt som helsedeterminanter. Det er naturlig å differensiere mellom genetiske og biologiske faktorer, levevaner og livsstilsfaktorer, miljøfaktorer og tilgang til helsetjenester (Naidoo & Wills, 2016). Enkelte faktorer er en risiko for helsa, noen er helsefremmende, mens andre har en beskyttende virkning (Dahlgren & Whitehead, 1991). I denne masteroppgaven er det hovedsakelig betydningen av sosiodemografiske og sosiale helsedeterminanter som omtales, mens livsstilsfaktoren fysisk aktivitet er også inkludert som konfunder.

Dahlgren og Whitehead (1991) sin regnbuemodell illustrerer hva som påvirker helse, og er en mye brukt modell i omtale av forhold som hemmer og fremmer helse og som har blitt utvidet til å også gjelde trivsel eller livskvalitet (Helsedirektoratet, 2014) (figur 1). Innerst ligger individuelle livsstilsfaktorer, videre finner vi determinantene som det nære samfunnet og sosiale nettverk. Leve- og arbeidsforhold og generelle sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige forhold som påvirker helsen finner vi utenfor. De ulike forholdene interagerer med hverandre på ulike plan, og er påvirkelige gjennom personlige, politiske og kommersielle valg (Dahlgren & Whitehead, 2006).



Figur 1: Videreutvikling av Dahlgren og Whitehead sin regnbuemodell (Helsedirektoratet, 2014).

Det er flere studier som viser at ulike sosiodemografiske grupper generelt skårer forskjellig på opplevd livskvalitet. Kvinner skårer ofte dårligere på livskvalitet sammenlignet med menn (Burström et al., 2001; Dumith et al., 2021; Lubetkin et al., 2005) Orfila et al. (2006) hevder at dette hovedsakelig kan knyttes til at kvinner har høyere prevalens av langvarige tilstander og funksjonsbegrensninger. Yngre personer skårer ofte dårligere på livskvalitet enn andre aldersgrupper i den generelle befolkning, og friske eldre er funnet å skåre høyest på livskvalitet (Patrick et al. 2000). Men denne sammenhengen er funnet å være annerledes hos personer med helseproblemer (Støren et al., 2020). For denne gruppen predikerer høyere alder lavere skår på livskvalitet (Heyworth et al., 2009; Lubetkin et al., 2005; Støren et al., 2020). Lav utdanning og lav inntekt eller fattigdom er også assosiert med dårligere livskvalitet (Dumith et al., 2021; Lubetkin et al., 2005). Mennesker med lav sosioøkonomisk status har også lavere nivåer av helserelatert livskvalitet når helsen er svekket (Mielck et al. (2014).

Mennesker med langvarig sykdom opplever ofte også fysiske og psykiske funksjonsbegrensninger som påvirker hverdagen. En funksjonsbegrensning defineres som «vanskeligheter med aktiviteter i det daglige», og er uavhengig forbundet med dårligere helseutfall og redusert livskvalitet (Ryan et al., 2015). Man har funnet at grad av funksjon

påvirker sammenhengen mellom langvarig sykdom og livskvalitet, der høyere funksjon gir signifikant høyere livskvalitet (Patrick et al., 2000).

Funksjonsbegrensninger kan påvirke fysisk aktivitetsnivå, men trenger ikke å gjøre det. Fysisk aktivitet er en helsedeterminant som har positiv effekt på fysisk og mental helse, og fysisk aktivitet reduserer også risikoen for mortalitet ved langvarig sykdom (Bull et al., 2020; Fox, 1999; Stewart et al., 1994). Flere studier viser at fysisk aktivitet fører til bedre helserelatert livskvalitet (Anokye et al., 2012; Bize et al., 2007; Halaweh et al., 2015; van Oostrom et al., 2012). Fordi mennesker med langvarige smerter og lidelser ofte har redusert eller lavt fysisk kapasitetsnivå, så kan det bidra til redusert livskvalitet (Arne et al., 2009; Börjesson et al., 2008). Fysisk aktivitet for personer med begrensninger er imidlertid fordelaktig så lenge aktiviteten er tilpasset den enkeltes aktivitetsnivå, fysiske begrensninger og helse (Bull et al., 2020). Forskning tyder på at personer med langvarig sykdom vil ha spesielt nytte av fysisk aktivitet (Halaweh et al., 2015; Stewart et al., 1994). Flere studier har vist at også sosiale faktorer er viktige helsedeterminanter, og at det er en sammenheng mellom sosiale determinanter og livskvalitet (Dumith et al., 2021; Kivits et al., 2013; Lubetkin et al., 2005; Tobiasz-Adamczyk et al., 2017; Wahl et al., 2009). Ensomhet er en slik sosial helsedeterminant som er relatert til faktorene sosial støtte og tilhørighet som vil bli beskrevet under. Ensomhet som kan beskrives som den subjektive opplevelsen av savnet etter å nære bånd og fellesskapsfølelse, kan ha store konsekvenser for livskvaliteten til dem som opplever det (Thorsen & Clausen, 2009). Det er for eksempel funnet at ensomhet kan predikere lavere livskvalitet hos den generelle befolkningen (Løyland et al., 2010; Theeke et al., 2012), og for personer med langvarig sykdom er det også vist at ensomme har dårligere livskvalitet enn de som ikke opplever å være ensomme (Maguire et al., 2019). En annen viktig sosial faktor som påvirker helse og livskvalitet er sosial kapital (Islam et al., 2006; Poortinga, 2012). Dette er en faktor som henger nøye sammen med både folkehelse og sosial bærekraft, og i kapittelet under vil sosial kapital bli beskrevet.

2.6 Sosial kapital

Sosial kapital er en sentral faktor i denne oppgaven. Det er flere ulike måter å operasjonalisere sosial kapital på, men i denne masteroppgaven er sosial kapital operasjonalisert gjennom dimensjonene tillit, sosiale støtte, deltakelse og tilhørighet. Men før det gjøres rede for disse

dimensjonene kan det være nødvendig å beskrive begrepet sosial kapital. Det finnes ulike teoretiske tilnærminger til begrepet sosial kapital, og ulike forståelser om dette er et fenomen som bare kan beskrives på samfunnsnivå eller også på individnivå. Sosiologen Pierre Bourdieu har stått for en individsentrert forståelse av sosial kapital og hans tilnærming fokuserte på sammenhengen mellom de ulike formene for kapital; sosial, kulturell og økonomisk kapital (Bourdieu, 1983). Statsviteren Robert Putnam er imidlertid kanskje den mest kjente og siterte teoretikeren når man snakker om sosial kapital (Wollebæk og Seggaard (2011). Han omtalte sosial kapital først i boken «Making Democracy Work», hvor han drøfter betydningen av normer, tillit og sosiale nettverk for å fremme samarbeid i samfunnet og sosial mobilitet som et kollektivt anliggende heller enn individsentrert begrep (Putnam, 1993). I tråd med dette har også sosiologen James Coleman beskrevet sosial kapital som en kollektiv ressurs (Coleman, 1988). Wollebæk og Seggaard (2011, s.14) forstår sosial kapital som: «Nettverk og tillit mellom mennesker. Kombinasjonene av disse ressursene muliggjør ikke tvangsbasert kollektiv handling», og hevder at sosial kapital kan sees på både som en individuell og kollektiv ressurs.

Szreter og Woolcock (2004) introduserte et rammeverk for sosial kapital der man skiller mellom «binding», «bonding» og «linking» sosial kapital. «Bonding» sosial kapital refererer her til tillitsfulle og samarbeidende relasjoner mellom personer som oppfattes å ha felles sosial identitet, mens «binding» sosial kapital handler om gjensidig respekt mellom mennesker med ulik sosiodemografisk bakgrunn, alder eller som er fra ulike etniske grupper. «Linking» sosial kapital defineres som normer for respekt og nettverk av tillitsfulle relasjoner mellom mennesker som samhandler på tvers av eksplisitte, formelle eller institusjonaliserte autoriteter i samfunnet (Szreter & Woolcock, 2004, s.655).

Sosial kapital kan fungere både som en buffer for negative helsekonsekvenser ved lav sosioøkonomisk status (Uphoff et al., 2013), men også som en direkte faktor for god helse, livstilfredshet og livskvalitet (Elgar et al., 2011; Helliwell & Putnam, 2004; Kim & Kawachi, 2007; Lucumí et al., 2015; Portela et al., 2013). Dahl og Malmberg-Heimonen (2010) fant imidlertid at selv om variabler assosiert med sosial kapital slik som generell tillit og tilfredshet med nabolaget var assosiert med god helse, så var det ingen signifikant sammenheng mellom sosial kapital og langvarig sykdom. Det er også funnet sosiodemografiske forskjeller i sosial kapital. Kvinner ser ut til å ha mere fordeler av sosial kapital enn menn, og det samme gjelder for eldre sammenlignet med yngre (Elgar et al., 2011). Selv om det ikke finnes mye forskning på sosial kapital og langvarige plager og

sykdommer, så fant Lee et al. (2020) at høy sosial kapital kan virke som beskyttende faktor mot mange av de negative konsekvensene som det å leve med kroniske lidelser kan medføre.

Som tidligere nevnt er det flere ulike måter å operasjonalisere sosial kapital på, men i denne masteroppgaven er sosial kapital, operasjonalisert gjennom tillit, sosiale støtte, deltakelse og tilhørighet, og disse dimensjonene vil nå bli presentert.

2.6.1 Tillit

Tillit handler om menneskets følelse av at andre er til å stole på, og at de er ærlige og gode (Fugelli, 2011). Wollebæk og Seggaard (2011) skiller mellom sammenbindende tillit og overskridende tillit som begge kan være av både partikulær og generalisert art. Partikulær tillit bidrar til å styrke samarbeidet med personer man kjenner, mens generalisert tillit legger til rette for samarbeid med fremmede. Sosiale nettverk generer tillit, men negative sosiale nettverk kan også føre til mistillit og illojalitet (Wollebæk & Seggaard, 2011). Et samfunn der mennesker har tillit til hverandre og betydelig sosial tilhørighet er nødvendig for at menneskene skal ha det bra og oppleve lykke (Nes et al., 2020).

I Norden har vi generelt stor tillit til både nære og fjerne relasjoner sammenlignet med mange andre land (Holmberg & Rothstein, 2017; Wollebæk & Seggaard, 2011). Personer med lav utdanning og lav inntekt har lavere tillit både i mellommenneskelige relasjoner og til samfunnsinstitusjoner. Nivå av tillit tenderer også til å være ulikt for kvinner og menn, og studier har vist at kvinner generelt har høyere tillit til andre enn menn (Barstad & Sandvik, 2015; Saltkjel & Malmberg-Heimonen, 2014). Høye nivåer av tillit er assosiert med økt livskvalitet, og flere studier viser en sterk sammenheng mellom tillit og fornøydhets med livet, psykisk helse og ulike somatiske helseutfall (Helliwell & Wang, 2011; Helliwell & Putnam, 2004; Nes et al., 2020; Portela et al., 2013). Å ha tillit til andre eller personer man stoler på er viktig for opplevelsen av å få praktisk og følelsesmessig støtte når man trenger det (Fyrand, 2005), og sosiale nettverk og sosial støtte er derfor en annen viktig parameter for å bygge sosial kapital.

2.6.2 Sosial støtte

Sosial støtte kan defineres som; «Opplevelsen av kjærlighet og omsorg fra andre mennesker, og en følelse av at man blir verdsatt og er en del av et sosialt nettverk med gjensidige

forpliktelser» (Cobb, 1976). Sosial støtte deles ofte inn i emosjonell støtte, bekreftende støtte, informerende støtte og instrumentell støtte. Sosial støtte kan også sees som en tosidig utveksling der man både gir og mottar støtte (Berkman & Krishna, 2014). Sosial støtte gis i sosiale nettverk og er vist å påvirke helse og livskvalitet på ulike måter (Berkman & Krishna, 2014; Heaney & Israel, 2008). På den ene siden er det en lineær sammenheng mellom strukturell støtte og livskvalitet (Helgeson, 2003). Det å være involvert i et nettverk, ha folk rundt seg og oppleve at man er en del av et fellesskap, fører til forbedret livskvalitet i seg selv (Helgeson, 2003). På den andre siden hevder Stress-bufferhypotesen at dersom en person opplever høyt stressnivå, vil sosial støtte også fungere som stressbuffer slik at konsekvensene for helse og livskvalitet blir lavere (Helgeson, 2003; Kawachi & Berkman, 2001; Richards, 2016)

I følge Barstad og Sandvik (2015) opplever lavt utdannede både å ha mindre nettverk og sosial støtte. En studie gjennomført på personer i aldersgruppen 60 til 84 år, viste at sosial støtte hadde en medierende effekt på sosiale ulikheter i livskvalitet senere i livet (Henriques et al., 2020). Sosial støtte og sosial kapital kan også fungere som en beskyttende faktor mot langvarig sykdom i seg selv (Ahern & Hendryx, 2005; Lee et al., 2020). Mennesker med langvarige sykdommer og nedsatt funksjon kan på grunn av sin tilstand oppleve redusert sosial kontakt og støtte, og dette kan føre til at de har høyere nivå av psykiske plager (Bøen et al., 2012). En studie gjennomført i seks lav- og mellominntektsland, fant at økt sosial støtte og kapital hos eldre voksne med langvarige sykdommer forbedret personenes subjektive velvære (Christian et al., 2020). Yeung et al. (2020) viste også at positive sosiale miljøer, som hyggelige nabolag og sosialt samhold, bedret sosial støtte og dermed følelsen av at livet er meningsfylt hos eldre med diabetes og andre langvarige sykdommer, og dette reduserte risikoen for depresjon og ga bedre livskvalitet. Det er en tett kobling mellom tillit og sosial støtte, og deltakelse i samfunnet. Denne sammenhengen går begge veier; høy tillit sannsynliggjør mer sosial deltakelse og dermed mer sosial støtte, og høy deltakelse hjelper til med å utvikle tillit (Barstad & Sandvik, 2015).

2.6.3 Deltakelse

Deltakelse er en annen viktig dimensjon i sosial kapital. Man har sett at i land og regioner med høy sosial kapital så finner man bred deltakelse og synlige, politisk aktive organisasjoner (Wollebæk & Selle, 2007). Skole og arbeidsplasser er kanskje de viktigste arenaer for

sosialisering og deltakelse, men også deltakelse i eksempelvis frivillige organisasjoner er viktig ved at de bevarer sosial kapital (Wollebæk & Segard, 2011). Andre eksempler på sosial deltakelse kan være aktiviteter med venner og familie, det å gå i kirken eller andre trossamfunn, deltakelse i klubber eller foreningsliv, eller å gå på trening har vært benyttet som eksempler på deltakelse (Gilmour, 2012). Undersøkelser viser at personer med lav utdanning deltar mindre i organisasjonslivet enn personer med høy utdanning (Barstad & Sandvik, 2015; Helsedirektoratet, 2018b). Helseproblemer og langvarige lidelser kan også hindre deltakelse, og er oppgitt å være den fremste årsaken til at personer er hindret i å delta sosialt, spesielt hvis man samtidig har en lav sosioøkonomisk posisjon (Barstad & Sandvik, 2015; Gilmour, 2012). Samtidig er dette en gruppe som har stort utbytte av deltakelse, da mange studier viser at blant personer med langvarig sykdom så er sosial deltakelse viktig for helse, trivsel og livskvalitet (Feng et al., 2020; Gilmour, 2012; Lee et al., 2020; Maguire et al., 2019).

2.6.4 Tilhørighet

Selv om tillit, sosial støtte og deltakelse er de vanligste begrepene som er knyttet til sosial kapital, er det også andre begreper som er relevante. Ahn og Davis (2020) mener at begrepet tilhørighet har en svært sterk overlapp med sosial kapital og er lettere å definere, og at man derfor også kan bruke tilhørighet som et alternativ for å kunne måle sosial kapital. Begrepet tilhørighet er multidimensjonalt, men uttrykket «å høre hjemme» oppsummerer godt hva tilhørighet handler om og hvordan det benyttes i Oss i Østfold (Antonsich, 2010; Carlquist, 2015; Østfold fylkeskommune, 2019). Å føle tilhørighet til andre er også beskrevet som et universelt menneskelig behov (Baumeister & Leary, 1995). Høy grad av tilhørighet har vist seg å ha en positiv sammenheng med både generell helse og mental helse (Carpiano & Hystad, 2011; Wastler et al., 2020). Å ha sosiale forhold som fremmer følelsen av tilhørighet øker sannsynligheten for at livet føles meningsfylt og at man opplever høy livskvalitet (Lambert et al., 2013), og det har blitt hevdet at det å føle tilhørighet er en forutsetning for livskvalitet (Carlquist, 2015). Mangel på tilhørighet er knyttet til flere negative effekter på helse og livskvalitet (Baumeister & Leary, 1995). Det er forøvrig forsket lite på sammenhengen mellom tilhørighet og livskvalitet hos mennesker med langvarig sykdom.

Som man kan se gjennom dette kapitlet har tillit, sosial støtte, deltakelse og tilhørighet, tette relasjoner til hverandre og påvirker hverandre gjensidig. Opplever man mye sosial støtte, utvikles høy tillit til andre og vice versa. Personer som har høy tillit, deltar de mer i samfunnet

og det kan føre til at de opplever mer tilhørighet. Samlet vil disse fire dimensjonene kunne gi et bilde av opplevd sosial kapital.

3 Problemstilling

I denne masteroppgaven var målet å undersøke global livskvalitet hos voksne med langvarig sykdom i Østfold. Sammenhengen mellom langvarig sykdom og livskvalitet er godt studert, men ofte omhandler denne forskningen hvordan endringer i levevaner og behandling kan bidra til økt livskvalitet for denne gruppen. Derfor er det behov for å øke kunnskapen om hvilken betydning andre faktorer som sosial kapital har for mennesker med langvarig sykdom sin livskvalitet. Det finnes noen tidligere studier som har sett på sammenhengen mellom sosial kapital og livskvalitet blant mennesker med langvarig sykdom (Christian et al., 2020; Nieminen et al., 2010), men det er ikke kjent at noen har sett på denne sammenhengen i Norge eller i Østfold. Østfold er et geografisk område som skårer lavt på de fleste helseparametere, og det er rapportert at hele 46% av respondentene i befolkningsundersøkelsen rapporterer å ha langvarige helseplager (Østfold fylkeskommune, 2019).

Med dette som bakgrunn, er følgende forskningsspørsmål formulert for denne studien:

Er det en sammenheng mellom sosial kapital og global livskvalitet hos mennesker med langvarig sykdom?

4 Metode

4.1 Studiedesign

Studien ble gjennomført med en kvantitativ tilnærming, der tverrsnittdesign er benyttet. Data er hentet fra befolkningskartleggingen Oss i Østfold 2019 gjennomført av Østfold fylkeskommune. Tverrsnittsundersøkelsen har samlet informasjon om ulike aspekter ved levekår, helse og livskvalitet .

4.2 Studiepopulasjon og utvalg

Målgruppa for befolkningskartleggingen var den voksne befolkningen i Østfold mellom 18 og 79 år. Målgruppa ble identifisert og tilrettelagt hos Folkeregisteret, og utvalget skulle være representativt i forhold til alder og kjønn (Østfold fylkeskommune, 2019). I

befolkningskartleggingen deltok 16 558 østfoldinger i den aktuelle aldersgruppa. Utvalget er noe skjevfordelt mellom kjønnene, 43% menn og 56.9% kvinner, sammenlignet med befolkningen for øvrig der kjønnsdelingen er tilnærmet 50% (Østfold fylkeskommune, 2019).

I denne studien var målet å undersøke et fenomen hos gruppen av personer med langvarig sykdom. Dette utvalget ble hentet ut ved å ekskludere alle som besvarte spørsmålet «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.» med nei. Da stod 7 818 respondenter igjen. I tillegg ble alle respondenter med «missing», eller som hadde besvart med «vet ikke» eller «ønsker ikke å svare» på ett eller flere spørsmål som ble brukt i analysene, også ekskludert. Studiens endelige analytiske utvalg bestod derfor av N=6 754 respondenter.

Oss i Østfold 2019 ble gjennomført som en web-basert selvutfyllingsundersøkelse, bestilt av Østfold fylkeskommune og gjennomført av Kantar (Østfold fylkeskommune, 2019).

Uttrekking av utvalg ble gjort hos Folkeregisteret. Det ble deretter gjort en kobling mot kontakt- og reservasjonsregisteret (KRR) hos Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi), slik at undersøkelsen kunne sendes ut via e-post. Kontaktregisteret ga ikke en fullstendig kontaktregisterbase, slik at noen e-poster kunne eksempelvis ikke være i bruk. Man så også at det var færre i den eldste delen av befolkningen som var registrert med e-postadresse.

Datainnsamlingen ble gjennomført i perioden april til juni 2019, og det ble iverksatt ulike generelle og lokale tiltak for å stimulere til deltakelse. Av de 97 614 invitasjonene som ble sendt ut, ble lenken til spørreskjemaet åpnet i ca. 25% av tilfellene. Av de som åpnet lenken var det 4 917 respondenter som ikke svarte på spørreskjemaet, slik at man stod igjen med 16 558 fullstendige spørreskjemaintervjuer (Østfold fylkeskommune, 2019).

4.3 Spørreskjema

Spørreskjemaet bestod av 57 spørsmål som kartla sosiodemografiske faktorer, egenvurdert fysisk og psykisk helse, livskvalitet, samt nærmiljøfaktorer (Vedlegg 1). Spørsmålene var delt opp i kategoriene helsen din, arbeid, kosthold og levevaner, fysisk aktivitet, støtte, nærområdet og bakgrunn, og var utformet som et avkryssningsskjema med to eller flere svaralternativer. I denne studien ble kun de variablene som var relevante for å kunne besvare problemstillingen benyttet. Disse blir ytterligere beskrevet nedenfor.

4.4 Variabler

4.4.1 Avhengig variabel

Global livskvalitet ble målt ved spørsmålene «Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tiden» med svaralternativ på en skala fra 0=«Ikke fornøyd i det hele tatt» til 10=«Svært fornøyd» og «Alt i alt, i hvilken grad opplever du at det du gjør i livet er meningsfylt?» med svaralternativer på en skala fra 0=«Ikke meningsfylt i det hele tatt» til 10=«Svært meningsfylt». For disse to spørsmålene ble det konstruert en uvektet gjennomsnittskår for «Global livskvalitet» (Nes et al., 2020). Deretter ble variabelen dikotomisert ved hjelp av medianskår (7.5) til lav (0-7.4) og høy (7.5-10) global livskvalitet.

4.4.2 Variabler for sosial kapital

Sosial kapital ble målt ved hjelp av de fire indikatorene tillit, sosial støtte, deltakelse og tilhørighet.

Tillit ble målt ved spørsmålet «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?». Spørsmålet skulle besvares på en skala fra 0= «Kan ikke være for forsiktig» til 10=«Folk flest er til å stole på». Denne variabelen ble bevart som kontinuerlig variabel.

Sosial støtte ble målt ved Oslo Support Scale (OSSS-3) (Meltzer, 2003) Dette spørreskjema inneholder tre spørsmål: «Hvor mange personer står deg så nær at du kan regne med dem hvis du har store personlige problemer» (1=«Ingen», 2=«1-2», 3=«3-5», 4=«6 eller flere»), «Det å få praktisk hjelp fra naboer om du skulle trenge deg, er det...» (1=«Svært vanskelig», 2=«vanskelig», 3=«verken lett eller vanskelig», 4=«lett», 5=«svært lett») og «Hvor stor interesse viser folk for det du gjør? Vil du si...» (1=«Ingen deltakelse eller interesse», 2=«liten deltakelse eller interesse», 3=«Usikker», 4=«Noe deltakelse og interesse», 5=«Stor deltakelse og interesse»). Det ble beregnet en sumskår for alle som hadde besvart minst to spørsmål ved å lage en gjennomsnittskår for besvarte spørsmål som deretter ble ganget opp med tre. Sumskåren ble deretter kategorisert til 0=«Lav støtte»(3-8), 1=«Middels støtte»(9-11) og 2=«Høy støtte» (Bøen et al., 2012).

Deltakelse ble målt ved spørsmålet «Deltar du i foreningsliv, møtevirksomhet, kveldsskoler eller lignende i fritiden?» med følgende svaralternativer 1=«Ja, daglig», 2=«Ja, 1-2 ganger i uken», 3=«Ja, 1-2 ganger i måneden», 4=«Ja, men sjelden», og 5=«Nei, aldri». Variabelen ble rekodet og dikotomisert til 0=«Nei» (Nei, aldri) og 1=«ja» (Ja, daglig/Ja, 1-2 ganger i uken/Ja, 1-2 ganger i måneden/Ja, men sjelden).

Tilhørighet ble undersøkt med spørsmålet «I hvilken grad føler du at du hører til på stedet der du bor?» Spørsmålet skulle besvares på seg på en skala fra 0=«Føler ikke tilhørighet i det hele tatt» til 10=«Føler sterk grad av tilhørighet». Denne variabelen ble også bevart som kontinuerlig variabel.

4.4.3 Sosiodemografiske variabler

Kjønn ble hentet fra Folkeregisteret og er kodet som 1=«mann» og 2=«kvinne»

Alder ble også hentet fra Folkeregisteret og er i studien beholdt som kontinuerlig variabel mellom 18 og 79 år.

Utdanning ble registrert med spørsmålet «Hva er din høyeste fullførte utdanning?» med fire svarkategorier: 1=«Grunnskole/framhaldskole/folkehøyskole inntil 10 år»,

2=«Fagutdanning/realskole/videregående/gymnas minimum 3år», 3=«Høyskole/universitet mindre enn 4 år» og 4=«Høyskole/universitet 4 år eller mer». Variabelen ble kategorisert 1=«Grunnskole», 2=«Videregående» og 3=«Høyskole/Universitet» («Høyskole/universitet mindre enn 4 år»/ 4=«Høyskole/universitet 4 år eller mer»).

Arbeidsstatus ble målt med spørsmålet «Hva er din nåværende hovedaktivitet?» som hadde følgende svaralternativer: 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=«Skolelev eller student», 10=«vernepliktig, sivilarbeider», 11=«Hjemmearbeidende» og 12=«Annet». Variabelen ble rekodet til tre kategorier 1=«Utenfor arbeidslivet med trygdeytelser(«Sykmeldt»/«Arbeidsledig»/ «Uføretrygdete/mottar arbeidsavklaringspenger»/«Mottar sosialstønad»), 2=«Sysselsatt» («Yrkesaktiv heltid (32 timer eller mer per uke)»/«Yrkesaktiv deltid (mindre enn 32 timer per uke)»/«skoleelev eller student»/«Vernepliktig, sivilarbeider») og 3=«Annet» («Alders- eller førtidspensjonist»/«Hjemmearbeidende»/«Annet»).

4.4.4 Andre konfunderende variabler

Funksjonsbegrensninger ble målt med spørsmålet «Tenk på de siste 6 månedene. Har du hatt problemer med å utføre daglige aktiviteter på grunn av sykdom eller helseproblemer?». Svarkategoriene var 1= «Ja, alvorlig begrenset», 2= «Ja, begrenset, men ikke alvorlig» og 3= «Nei, ikke begrenset». Variabelen ble rekodet og dikotomisert til kategoriene 0=«Begrenset» («Ja, alvorlig begrenset»/«Ja, begrenset, men ikke alvorlig») og 1=«Ikke begrenset».

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

Ensomhet ble undersøkt med spørsmålet «Hvor ofte føler du at du savner noen å være sammen med?» med svaralternativene: 1=«Aldri», 2=«Sjelden», 3=«Av og til», 4=«Ofte» og 5=«Svært ofte». Denne variabelen ble rekodet til 1=«nei» («Aldri»/«Sjelden»), 2=«Av og til» («Av og til») og 3=«Ja» («Ofte»/«Svært ofte»).

4.5 Dataanalyse og statistiske metoder

Alle statistiske analyser ble gjennomført ved bruk av IBM SPSS Statistics 27 for Windows. Innledningsvis ble det gjort deskriptive analyser for å få oversikt over og beskrive de viktigste egenskapene til datamaterialet. Gjennomsnitt og standardavvik ble beregnet for de kontinuerlige variablene og frekvenser og prosentfordeling ble beregnet for de kategoriske variablene. Deretter ble bivariate sammenhenger undersøkt mellom forklaringsvariabler, konfunderende variabler og global livskvalitet undersøkt med Independent Samples t-test (kontinuerlige variabler) eller Kji-kvadrat-test (kategoriske variabler). Signifikansnivå ble satt til < 0.05 .

Det ble gjennomført en binær multivariat logistisk regresjonsanalyse for å undersøke sammenhengen mellom sosial kapital, sosiodemografiske variabler og global livskvalitet. Analysen skjedde i tre steg der indikatorene for sosial kapital; tillit, sosial støtte, deltakelse og tilhørighet ble introdusert i blokk 1. I neste steg ble det kontrollert for kjønn, alder, utdanning og arbeidsstatus i blokk 2. Til slutt ble funksjonsbegrensninger, fysisk aktivitet og ensomhet introdusert i blokk 3. Odds ratioer (OR), 95 % Konfidensintervaller (95% KI) og p-verdier ble beregnet. Nagelkerke R^2 ble benyttet som et pseudomål på forklart varians. Signifikans for hver blokk ble testet ved Omnibus Test of Block Coefficients.

4.6 Ethiske vurderinger

Hensynet til etiske prinsipper er grunnleggende i all forskning, også i denne studien. Alle forskere er pliktet å sikre at all forskning skjer etter anerkjente forskningsetiske normer. Det er REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) som vurderer alle forskningsprosjekter som involverer mennesker eller menneskelig materiale på det medisinske og helsefaglige området (Regjeringen, 2020). I denne studien er det imidlertid ikke nødvendig å søke REK da opplysningene som benyttes er anonyme og ikke kan knyttes til enkeltperson (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, 2015). Men de etiske retningslinjer fra Helsinkideklarasjonen (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014) har vært styrende for de etiske hensyn og vurderinger som er gjort i innsamling av data som er benyttet i denne studien.

Datainnsamlingen ble gjennomført som en elektronisk datainnsamling av Kantar på oppdrag fra Østfold fylkeskommune i 2019. Spørreskjemaet ble gjort tilgjengelig for respondentene

via en lenke i e-post. E-posten inneholdt henvisning til undersøkelsens gjennomføring, nødvendig informasjon om frivillighet og reservasjonsmulighet, samt om analyseresultatenes bruk. Skjemaet benyttet forøvrig ikke eget samtykke, men ved å fylle ut spørreskjema samtykket man til å delta (Østfold fylkeskommune, 2019).

Det er viktig å behandle opplysninger i forskning konfidensielt og på en slik måte at enkeltpersoner ikke kan identifiseres. Datasettet som ble benyttet i denne studien var anonymisert og kravene til konfidensialitet var derfor ivaretatt.

Alle forskningsprosjekter som tar for seg behandling av personopplysninger som direkte eller indirekte kan identifisere enkeltpersoner, skal ifølge personopplysningsloven meldes til Norsk senter for forskningsdata (NSD) (Ringdal, 2016). Datasettene til Oss i Østfold bestod av aidentifiserte personopplysninger, og det ble derfor vurdert til å være anonymt. Siden det allikevel var en viss tvil rundt dette, ble det sendt søknad til NSD. NSD besvarte med at søknaden kunne trekkes da datasettet som ble benyttet ble vurdert som anonymisert.

5 Resultater

I dette kapitlet presenteres resultatene. Kapitlet består av tre underkapitler. Det første omhandler deskriptive analyser og vil beskrive utvalget og resultatene på de ulike spørsmålene konkret. I kapitlet om bivariate analyser beskrives de ulike variablene enkeltvis sett i sammenheng med global livskvalitet og i det siste vil resultatet av den logistiske regresjonsanalysen presenteres.

5.1 Deskriptive analyser

Gjennomsnittsalderen i utvalget var 51.9 år og det var en liten overvekt av kvinner (59.5%) (tabell 1). De fleste i utvalget hadde videregående eller høyere utdanning, og omtrent halvparten av respondentene var sysselsatt (tabell 1).

Tabell 1: Sosiodemografiske karakteristika for utvalget (N=6 754)

Karakteristika			
Kjønn (N, %)	Mann	2738	40.5%
	Kvinne	4016	59.5%
Alder (Gj.snitt, SD)		51.9	16.3
Utdanningsnivå (N, %)	Grunnskole	1050	15.5%
	Videregående	2723	40.3%
	Høyskole/universitet	2981	44.1%
Arbeidsstatus (N, %)	Utenfor arbeidslivet med trygdeytelser	1677	24.8%
	Sysselsatt	3354	49.7%
	Annet	1723	25.5%

Gjennomsnittlig skåret utvalget i studien 6.95 (SD ± 2.35) på global livskvalitet.

Gjennomsnittsverdi for generell tillit til andre var på 6.76 (SD ± 2.65), og cirka en tredjedel (30.5%) oppga at de opplevde lav sosial støtte, 47.1% oppga middels støtte, mens 22.4 % opplevde høy sosial støtte (tabell 2). Over halvparten (57.2%) oppga at de de deltok i foreningsliv, møtevirksomhet, kveldsskoler eller lignende i fritiden, og for tilhørighet til stedet man bor var det en gjennomsnittsverdi på 7.38 (SD ± 2.66) (tabell 2).

De fleste i utvalget (71.9%) svarte at de opplevde funksjonsbegrensninger i det daglige, mens 28,1% svarte at de ikke hadde funksjonsbegrensninger. Blant respondentene i utvalget svarte 70.2% at de drev med fysisk aktivitet, mens 29.8% svarte at de ikke drev med noen form for fysisk aktivitet. Flesteparten i utvalget rapporterte at de ikke opplevde ensomhet ved at de savnet noen å være sammen med (57.9%), mens 27.9% sa de opplevde det av og til, mens 14.3% svarte at de opplevde ensomhet (tabell 2).

Tabell 2: Deskriptive data for utvalget for global livskvalitet, tillit, sosial støtte, deltakelse, tilhørighet, funksjonsbegrensninger, fysisk aktivitet og ensomhet (N=6 754).

Karakteristika			
Global livskvalitet (N, %)			
	Lav global livskvalitet	3286	48.7%
	Høy global livskvalitet	3468	51.3%
Tillit (Gj.snitt, SD)		6.76	2.65
Sosial støtte (N, %)			
	Lav støtte	2059	30.5%
	Middels støtte	3180	47.1%
	Høy støtte	1515	22.4%
Deltakelse (N, %)			
	Ja, deltar	3861	57.2%
	Nei, deltar aldri	2893	42.8%
Tilhørighet (Gj.snitt, SD)		7.38	2.66
Funksjonsbegrensninger (N, %)			
	Ja	4858	71.9%
	Nei	1896	28.1%
Fysisk aktivitet (N, %)			
	Ja	4741	70.2%
	Nei	2013	29.8%
Ensomhet (N, %)			
	Nei	3909	57.9%
	Av og til	1881	27.9%
	Ja	964	14.3%

5.2 Bivariate analyser

Gruppen med høy global livskvalitet rapporterte signifikant høyere grad av tillit enn gruppen med lav livskvalitet (tabell 3). Det var også en signifikant assosiasjon mellom grad av sosial støtte og livskvalitet, og i gruppen med lav global livskvalitet oppga hele 45.5 % å ha lav

sosial støtte og kun 11.5% å ha høy støtte, mens for gruppen med høy global livskvalitet var det henholdsvis 16.2 % og 32.8% som oppgav lav eller høy sosial støtte (tabell 3). For de som hadde høy livskvalitet var det en signifikant høyere andel som deltok i foreningsliv, møtevirksomhet, styrer, kveldsskoler eller lignende i fritiden, sammenlignet med de som oppga lav global livskvalitet (tabell 3). Gruppen med høy global livskvalitet rapporterte signifikant høyere grad av tilhørighet enn gruppen med lav global livskvalitet (tabell 3).

Tabell 3: Bivariate analyser for sammenheng mellom forklaringsvariabler og global livskvalitet. Forskjellene mellom gruppene ble testet med Kji-kvadrat test (kategoriske variabler) og Independent Samples t-test (kontinuerlige variabler).

	Global livskvalitet (N=6 754)		Sign
	Lav global livskvalitet	Høy global livskvalitet	
Tillit (Gj.snitt, (SD))	5.81 (2.64)	7.66 (2.31)	< .001
Sosial støtte (%)			< .001
	Lav støtte	45.5%	16.2%
	Middels støtte	42.9%	51.0%
	Høy støtte	11.5%	32.8%
Deltakelse (%)			< .001
	Nei	53.5%	32.7%
	Ja	46.5%	67.3%
Tilhørighet (Gj.snitt, (SD))	6.36 (2.84)	8.35 (2.10)	< .001
Kjønn (%)			.965
	Mann	40.6%	40.5%
	Kvinne	59.4%	59.5%
Alder (Gj.snitt, (SD))	48.43 (16.64)	55.19 (15.34)	< .001
Utdanning (%)			< .001
	Grunnskole	18.6%	12.7%
	Videregående	42.5%	38.2%
	Høyskole/universitet	38.9%	49.1%
Arbeidsstatus (%)			< .001
	Utenfor arbeidslivet med trygdeytelser	37.1%	13.2%
	Sysselsatt	43.6%	55.4%
	Annet	19.4%	31.3%
Funksjonsbegrensninger (%)			< .001
	Ja	82.5%	61.9%
	Nei	17.5%	38.1%
Fysisk aktivitet (%)			< .001
	Nei	36.3%	23.6%
	Ja	63.7%	76.4%
Ensomhet (%)			< .001
	Nei	39.7%	75.1%
	Av og til	35.9%	20.2%
	Ja	24.4%	4.7%

Signifikansnivå p<0.05

Det var ingen signifikante forskjeller mellom menn og kvinners globale livskvalitet (tabell 3). Gruppen med høy global livskvalitet var imidlertid signifikant eldre, høyere utdannet, og oftere sysselsatt enn gruppen med lav global livskvalitet (tabell 3)

Det var en signifikant høyere andel av personer med funksjonsbegrensninger i gruppen med lav global livskvalitet. Det var også en signifikant større andel i gruppen med høy global livskvalitet som drev med fysisk aktivitet (76.4%) enn i gruppen med lav global livskvalitet (63.7%). Det var også en signifikant sammenheng mellom ensomhet og global livskvalitet, og i gruppen med lav global livskvalitet var det 24.4% som oppgav å være ensomme, mens bare 4.7% oppga dette i gruppen med høy global livskvalitet (tabell 3).

5.3 Binær logistisk regresjonsanalyse

Den logistiske regresjonsmodellen viste at alle indikatorene for sosial kapital var signifikant assosiert med global livskvalitet og forklarte alene 31 % av variansen i denne variabelen. Med økende grad av tillit var odds ratio=1.20 for å oppleve høy global livskvalitet (tabell 4). Det var en dobbelt så stor odds for å rapportere høy global livskvalitet når man opplevde middels sosial støtte sammenlignet med lav støtte, og med høy støtte var det over 3.5 ganger så høy odds for å rapportere høy global livskvalitet. Med økende grad av deltakelse var odds ratio=1.64 og for tilhørighet var odds ratio=1.26 for å oppleve høy global livskvalitet (tabell 4).

Når de sosiodemografiske variablene kjønn, alder, utdanning og sysselsatt ble introdusert i blokk 2, økte forklart varians til 37 %. Selv om odds ratio for indikatorene for sosial kapital endret seg noe, var alle fortsatt signifikant assosiert med global livskvalitet. Det var en signifikant høyere odds for å rapportere høy global livskvalitet for kvinner, med økende alder, og med det å være sysselsatt eller i kategorien annet sammenlignet med å ikke være i arbeid. Det var ingen signifikant assosiasjon mellom grad av utdanning og global livskvalitet (tabell 4).

De konfunderende variablene funksjonsbegrensninger, fysisk aktivitet og ensomhet ble introdusert i blokk 3 og forklart varians i den fulle modellen var 42 %. Det var en signifikant høyere odds for å rapportere høy global livskvalitet for personer som ikke hadde funksjonsbegrensninger (OR=1.91) og for de som rapporterte fysisk aktivitet (OR=1.41) Det var en signifikant lavere odds for å rapportere høy global livskvalitet hvis man opplevde

ensomhet av og til (OR=0.45) eller ofte (OR=0.26) sammenlignet med de som sjelden opplevde dette (tabell 4). I den fulljusterte modellen var odds ratio for deltakelse 1.30, middels sosial støtte 1.54, høy støtte 2.65, tillit 1.14 og for tilhørighet 1.23 og alle var fortsatt signifikant assosiert med global livskvalitet ($p \leq .001$) (tabell 4).

Tabell 4. Stegvis binær logistisk regresjonsanalyse av sosial kapital (tillit, sosial støtte, deltakelse og tilhørighet), sosiodemografiske variabler (kjønn, alder, utdanning og arbeidsstatus) og andre konfundere (funksjonsbegrensninger, fysisk aktivitet og ensomhet) med global livskvalitet som avhengig variabel. N=6 754. OR=Odds Ratio; KI=Konfidensintervall. ^aOmnibus Test of Model Coefficients

Variabel	Blokk 1			Blokk 2			Blokk 3		
	OR	95% KI	P	OR	95% KI	P	OR	95% KI	P
Tillit	1.20	1.17-1.23	< .001	1.16	1.13-1.19	< .001	1.14	1.11-1.17	< .001
Sosial støtte									
Lav støtte	1.00			1.00			1.00		
Middels støtte	1.99	1.75-2.27	< .001	1.92	1.67-2.20	< .001	1.54	1.33-1.78	< .001
Høy støtte	3.58	3.03-4.22	< .001	3.77	3.16-4.50	< .001	2.65	2.20-3.18	< .001
Deltakelse	1.64	1.46-1.83	< .001	1.36	1.20-1.53	< .001	1.30	1.15-1.47	< .001
Tilhørighet	1.26	1.23-1.29	< .001	1.26	1.23-1.29	< .001	1.23	1.20-1.26	< .001
Kjønn									
Mann				1.00			1.00		
Kvinne	-	-	-	1.16	1.03-1.30	.015	1.27	1.12-1.43	< .001
Alder	-	-	-	1.02	1.02-1.03	< .001	1.02	1.01-1.03	< .001
Utdanning									
Grunnskole				1.00			1.00		
Videregående skole	-	-	-	0.95	0.80-1.13	0.566	0.87	0.72-1.04	0.124
Høgskole/universitet	-	-	-	1.06	0.89-1.27	0.521	0.91	0.76-1.09	0.307
Arbeidsstatus									
Utenfor arbeidslivet og mottar trygdeytelser	-	-	-	1.00			1.00		
Syssestatt	-	-	-	3.75	3.21-4.38	< .001	3.13	2.66-3.68	< .001
Annet	-	-	-	2.16	1.80-2.60	< .001	2.01	1.66-2.44	< .001
Funksjonsbegrensninger									
Ja							1.00		
Nei	-	-	-	-	-	-	1.91	1.67-2.20	< .001
Fysisk aktivitet									
Nei							1.00		
Ja	-	-	-	-	-	-	1.41	1.24-1.60	< .001
Ensomhet									
Nei							1.00		
Av og til	-	-	-	-	-	-	0.45	0.39-0.51	< .001
Ja	-	-	-	-	-	-	0.26	0.21-0.32	< .001
Nagelkerke R ²		.314			.371			.424	
Blokkens signifikans ^a		< .001			< .001			< .001	

6 Diskusjon

6.1 Oppsummering av resultatene

Resultatene viste at de fleste i utvalget av langvarig syke rapporterte høy global livskvalitet, og gjennomsnittsskår var 6.95 (SD± 2.35). Gruppen som opplevde høy global livskvalitet var signifikant eldre, det var flere med høyskoleutdanning og flere som var sysselsatt. Det var også færre som opplevde å ha funksjonsbegrensninger og som følte seg ensomme sammenlignet med gruppen med lav global livskvalitet. Gruppen med høy global livskvalitet oppga også signifikant høyere grad av tillit, sosial støtte, deltakelse og tilhørighet. I modellen var alle indikatorene for sosial kapital signifikant assosiert med global livskvalitet, også etter at det ble kontrollert for sosiodemografiske og andre konfunderende variabler. Høy sosial støtte og det å være sysselsatt var de to enkeltvariablene som økte odds ratio for høy global livskvalitet mest. Den fulle modellen forklarte 42 % av variansen i global livskvalitet for mennesker med langvarig sykdom.

6.2 Diskusjon av funn

I dette kapitlet blir resultater og funn drøftet i lys av teori og empiri. Kapitlet er organisert i tre kapitler. I det første kapitlet diskuteres kort betydningen av sosiodemografiske variabler for global livskvalitet og i neste kapittel kort diskuteres betydningene av de kjente konfunderende variablene funksjonsbegrensninger, fysisk aktivitet og ensomhet for livskvalitet. I det siste kapitlet vil sammenhengen mellom sosial kapital og livskvalitet bli diskutert. Både deskriptive, bivarierte og multivarierte funn vil diskuteres opp mot litteraturen i de enkelte kapitlene.

6.2.1 Sosiodemografiske variabler og livskvalitet

Gjennomsnittlig skår på global livskvalitet i studiens utvalg var 6.95 på en skala fra 0-10. Dette er noe lavere enn den rapporterte gjennomsnittsskår for global livskvalitet blant befolkningen i Norge forøvrig på 7.5 (Nes et al., 2020). Siden studiepopulasjonen var mennesker med langvarig sykdom var det forventet at livskvalitet skulle være noe lavere, da mange studier tidligere har vist at langvarige sykdommer har negativ effekt på livskvalitet

(Alonso et al., 2004; Dumith et al., 2021; Lubetkin et al., 2005; Megari, 2013; Schlenk et al., 1997).

Mange ulike faktorer påvirker befolkningens helse og livskvalitet, og helsedeterminantene kan være av både individuell og samfunnsrelatert art (Dahlgren & Whitehead, 1991; Naidoo & Wills, 2016). I denne oppgaven har det blitt kontrollert for de sosiodemografiske variablene kjønn, alder, utdanning og arbeid som alle tidligere har vist sammenheng med både sosial kapital og livskvalitet (Dumith et al., 2021; Lubetkin et al., 2005; Mielck et al., 2014; Uphoff et al., 2013), og som er vanlig å kontrollere for i epidemiologisk forskning (Webb et al., 2017). Resultatene i denne studien viste at det ikke var signifikante forskjeller mellom menn og kvinners globale livskvalitet. Dette kan fremstå som et overraskende funn, da forskningslitteraturen viser at kvinner ofte skårer dårligere på livskvalitet enn menn (Burström et al., 2001; Dumith et al., 2021; Heyworth et al., 2009). Men den kjønnsforskjellen man vanligvis finner er delvis forklart av at kvinner oftere har langvarig sykdom og funksjonsbegrensninger (Orfila et al., 2006), mens i dette utvalget blir denne faktoren nøytralisert som følge av at hele utvalget består av personer med langvarig sykdom, og begge kjønn kan derfor ha redusert global livskvalitet som følge av helseproblemene. Dette er også rapportert i tidligere studier som har undersøkt kjønnsforskjeller i livskvalitet hos mennesker med langvarig sykdom (Heyworth et al., 2009; Lubetkin et al., 2005).

For personer med langvarig sykdom er det tidligere funnet at høyere alder er en prediktor for lavere livskvalitet (Heyworth et al., 2009; Lubetkin et al., 2005; Patrick et al., 2000; Støren et al., 2020). I denne studien derimot ble det funnet at med økende alder var det høyere odds for å rapportere høy livskvalitet. Dette er overensstemmende med det man finner i befolkningen i Norge for øvrig der de fleste eldre har høy livskvalitet og at eldre har bedre livskvalitet enn yngre (Nes et al., 2020).

Blant respondentene i utvalget i denne masteroppgaven, var det en høyere andel av personer med kun grunnskole eller videregående i gruppen med lav global livskvalitet enn i gruppen med høy global livskvalitet, og grad av utdanning var signifikant positivt assosiert med global livskvalitet. Dette er også rapportert i flere tidligere studier (Dumith et al., 2021; Lubetkin et al., 2005; Mielck et al., 2014; Støren et al., 2020). Det er kjent at å stå utenfor arbeidslivet er en risiko for lavere livskvalitet (Dumith et al., 2021; Hultman et al., 2006; Støren et al., 2020). I utvalget i denne studien var det en relativt lav andel som rapporterte å være i arbeid, og det var signifikant færre som var i arbeid i gruppen med lav global livskvalitet. Sykdom, og spesielt langvarig sykdom vil for mange få konsekvenser for deltakelse i arbeidslivet

(Gjengedal & Hanestad, 2007). Dette medfører at man må over på trygdeytelser. Det kan påvirke livskvalitet da det kan føre til at man mister den viktige arenaen arbeid er for sosial deltakelse, et sted for å danne nettverk, føle tilhørighet, og å oppleve sosial støtte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015; Waddell & Burton, 2006). Dette ble også bekreftet i utvalget i denne studien der modellen viste at det å være sysselsatt viste over tre ganger så høy odds ratio for å rapportere høy livskvalitet.

6.2.2 Funksjonsbegrensninger, fysisk aktivitet, ensomhet og livskvalitet

Før variablene som representerer sosial kapital redegjøres for, vil variablene funksjonsbegrensninger, fysisk aktivitet og ensomhet diskuteres i lys av global livskvalitet. Disse variablene representerer viktige konfundere fordi de er kjente bakenforliggende forhold som har sammenheng med både livskvalitet og langvarig sykdom (Halaweh et al., 2015; Maguire et al., 2019; Ryan et al., 2015; Stewart et al., 1994).

Langvarige sykdommer vil svært ofte være assosiert med funksjonssvikt (Charmaz (1983). Funksjonssvikt er derfor også tatt inn som en del av definisjonen på langvarig sykdom: «En irreversibel, konstant, tiltakende eller latent sykdomstilstand eller svakhet som virker inn på helse mennesket og dets omgivelser, og som fordrer omsorg, egenomsorg, opprettholdelse av funksjon og forebygging av videre funksjonssvikt» (Gjengedal & Hanestad, 2007, s. 13). Dette gjenspeiles også i utvalget i denne studien der en stor andel av utvalget (71.9 %) oppgir å ha funksjonsbegrensninger i det daglige. At ikke enda flere oppgir å ha funksjonsbegrensninger kan til en viss grad reflektere at det i denne studien ikke var informasjon om spesifikke diagnoser eller typer lidelser, og man vet at ulike diagnoser har ulik karakter og også ulik innvirkning på funksjonsnivået (Bernell & Howard, 2016; Stewart et al., 1989). Sammenhengen mellom funksjonsbegrensninger og global livskvalitet var signifikant i utvalget i denne studien, og det var flere som har funksjonsbegrensninger i gruppen med lav global livskvalitet (82.5%) enn i gruppen med høy global livskvalitet (61.9%). I modellen var det en signifikant høyere odds ratio for å rapportere høy livskvalitet hvis man ikke hadde funksjonsbegrensninger. Dette er også funnet i tidligere studier (Ryan et al., 2015). Det er allikevel viktig å være oppmerksom på at det å ha funksjonsbegrensninger helt tydelig ikke er ensbetydende med å ha lav global livskvalitet og hvorvidt

funksjonsbegrensninger påvirker livskvalitet vil være påvirket av mange faktorer (Hays et al., 1995; Stewart et al., 1989).

I denne studien rapportere 29,8 % av utvalget å ikke drive med fysisk aktivitet, mens 13% prosent av den generelle befolkningen oppgir å aldri være i fysisk aktivitet (Statistisk sentralbyrå, 2020). At mennesker med kroniske sykdommer ofte har et lavt aktivitetsnivå er også dokumentert i andre studier (Arne et al., 2009; Conn et al., 2009). Levevaner og spesielt fysisk aktivitet er svært viktig for en persons helse og livskvalitet, og det er funnet en klar sammenheng mellom fysisk aktivitet og livskvalitet både for den generelle befolkningen, men også for personer med langvarig sykdom (Bull et al., 2020; Conn et al., 2009; Fox, 1999; Stewart et al., 1994). Dette ble også funnet i denne studien hvor det var en klar signifikant assosiasjon mellom det å være fysisk aktiv og det å ha høy global livskvalitet.

Sosial isolasjon og ensomhet kan være en følge av langvarig sykdom (Charmaz, 1983), og mange studier har funnet en sammenheng mellom det å ha helseproblemer og langvarig sykdom og opplevelse av ensomhet (Elovainio et al., 2017; Petite et al., 2015; Pinguart & Sörensen, 2003). Mennesker med langvarig sykdom kan oppleve store endringer i livet sitt, og belastningene som sykdom kan medføre kan oppleves forskjellig. Sosial isolasjon kan være krevende for personen som opplever det (Charmaz, 1983). Selv om sosial isolasjon ikke nødvendigvis betyr at man er ensom, er mennesket en sosial art og det ligger naturlig for oss å ønske kontakt med andre. Det var imidlertid kun 14.3% av utvalget i denne studien som svarte at de opplevde seg ensomme, mens 27.9% opplevde det av og til, noe som viser at selv om langvarig sykdom er assosiert med ensomhet, så betyr ikke det at alle med langvarig sykdom er ensomme.

At det er sammenheng mellom ensomhet og livskvalitet er godt kjent (Dahlberg & McKee, 2014; Golden et al., 2009; Lim & Kua, 2011; Musich et al., 2015), og det er ingen grunn til å tro at dette skulle være annerledes for personer med langvarig sykdom. Dette understøttes av resultatene i denne studien der det var en signifikant assosiasjon mellom grad av ensomhet og global livskvalitet. Men som nevnt er det er viktig å legge merke til at det allikevel var en relativt lav andel i dette utvalget som oppga at de var ensomme (14.3 %), og de aller fleste opplevde ikke ensomhet. Det var imidlertid omtrent en fjerdedel i gruppen med lav global livskvalitet som oppga å være ensomme og det er en relativt høy andel sammenlignet med

nasjonale data for den generelle befolkning (11%) (Barstad, 2021). Et interessant spørsmål er imidlertid om det er ensomheten som skaper langvarig sykdom, eller i det minste bidrar til å opprettholde den, eller om det er langvarig sykdom som skaper ensomhet. Siden denne studien er en tverrsnittstudie kan man ikke slutte noe om årsakssammenhenger, men uansett vil det være slik at ensomhet ikke er fordelaktig for personer med helseproblemer (Elovainio et al., 2017; Petite et al., 2015; Pinqart & Sørensen, 2003).

6.2.3 Sosial kapital og livskvalitet

Denne studiens hovedformål var å se på sammenhengen mellom sosial kapital og global livskvalitet hos mennesker med langvarig sykdom. Sosial kapital har blitt forstått på ulike måter, der noen mener det er et fenomen på samfunnsnivå og andre på individnivå (Bourdieu, 1983; Coleman, 1988; Putnam, 1993). Wollebæk og Seggaard (2011) hevder imidlertid at sosial kapital kan anses som både en individuell og kollektiv ressurs. I denne studien er sosial kapital operasjonalisert gjennom tillit, sosial støtte, deltakelse og tilhørighet på individnivå, og Wollebæk og Seggaard (2011) sitt perspektiv for hvordan sosial kapital kan forstås legges til grunn.

Tillit handler om en følelse av å stole på at andre er gode og ærlige (Fugelli, 2011). I Norden og i Norge har vi høye nivåer av tillit sammenlignet med andre land (Elgar et al., 2011; Holmberg & Rothstein, 2017; Wollebæk & Seggaard, 2011). Utvalget i denne studien skårer gjennomsnittlig 6.76 på tillit på en skala fra 0 til 10. Dette er noe lavere enn det man har funnet blant den generelle befolkningen i Norge, der gjennomsnittet er 7.12 for kvinner og 7.01 for menn (Nes et al., 2020) Dette er verdt å legge merke til da det har vært hevdet at tillit er ekstra viktig for syke mennesker fordi de har mistet tilliten til kroppen, funksjonsevnen og fremtiden (Fugelli (2011)). Resultatene i denne studien viste at det var en klar positiv sammenheng mellom grad av tillit og global livskvalitet. At tillit er en viktig prediktor for høy livskvalitet er godt understøttet av forskningslitteraturen (Helliwell & Wang, 2011; Helliwell & Putnam, 2004; Nes et al., 2020; Portela et al., 2013). Portela et al. (2013) fant at det var sammenheng mellom både sosial og institusjonell tillit, og livskvalitet. Selv om spørsmålet som operasjonaliserer tillit i denne studien omhandler generalisert tillit og tillit til institusjoner, kan man anta at for personer med langvarig sykdom vil tillit til f.eks. helseinstitusjoner være ekstra viktig.

Sosiale nettverk og sosial støtte er en viktig dimensjon som inngår i sosial kapital som også henger sammen med grad av tillit (Fyrand, 2005). I utvalget i denne studien var det bare 22.4% som opplevde å ha høy sosial støtte. Sosial støtte betyr at man føler omsorg og kjærlighet fra andre, har følelse av å bli verdsatt og å være en del av et sosialt nettverk med gjensidig forpliktelse (Cobb, 1976). Sosial støtte fra familie og venner kan ha spesielt stor betydning for hvordan langvarig syke håndterer sykdommen sin (Gallant, 2003). Sosial støtte kan ha innvirkning på livskvalitet på flere måter, både ved å at støtte gir livskvalitet i seg selv, men også som en buffer for personer som allerede er i stressende situasjoner, og kan fungere som en motstandsressurs med bufrende effekt på subjektivt velvære (Helgeson, 2003; Kawachi & Berkman, 2001; Richards, 2016). I denne studien ble det funnet signifikante forskjeller mellom gruppene og det var en vesentlig høyere andel som opplevde lav sosial støtte (45.5%) i gruppen med lav global livskvalitet, sammenlignet med gruppen med høy global livskvalitet (16.2%). Modellen viste at det var nesten dobbelt så høy odds ratio for å ha høy global livskvalitet når man opplevde middels sosial støtte sammenlignet med lav sosial støtte, og odds ratioen var over tre ganger så høy når man opplevde høy støtte. Denne trenden holdt seg også i den full-justerte modellen og selv om odds ratio var noe lavere, så var det fortsatt over to og en halv gang høyere odds ratio for å oppleve høy global livskvalitet når man hadde høy sosial støtte. Dette viser at sosial støtte er svært viktig for å sikre at mennesker med langvarig sykdom skal oppleve høy livskvalitet. Dette er også underbygget av tidligere forskning som viser at sosial støtte kan bidra til økt livskvalitet og følelsen av mening med livet for blant annet personer med langvarig sykdom (Gallant, 2003; Yeung et al., 2020).

Det er dokumentert at å delta i ulike aktiviteter eller møtevirksomhet, både utvikler sosiale nettverk og en følelse av tilhørighet, samt tillit og sosial støtte (Barstad & Sandvik, 2015). I denne studien er deltakelse definert som å delta i foreningsliv, møtevirksomhet, kveldsskoler eller lignende i fritiden. Det var 57.2% av utvalget i denne studien som oppga at de i en eller annen grad deltok i slike aktiviteter. Dette er et noe overraskende funn siden det er 55% i befolkningen generelt i Østfold som oppgir at de deltar på aktiviteter (Østfold fylkeskommune, 2019). Man skulle forvente at utvalget i denne studien hadde lavere deltakelse enn befolkningen som helhet, da problemer med helsa utgjør en barriere for å delta i sosiale sammenhenger (Barstad & Sandvik, 2015). Analysene viste imidlertid at det var en signifikant sammenheng mellom det å delta og det å ha høy global livskvalitet, og de som

oppgå at de deltok i aktiviteter hadde en 30 % høyere odds ratio for å oppleve høy global livskvalitet selv etter å ha kontrollert for alle de andre variablene. At sosial deltakelse er viktig for livskvalitet for mennesker med langvarige lidelser understøttes også bredt av tidligere forskningslitteratur (Feng et al., 2020; Gilmour, 2012; Lee et al., 2020; Maguire et al., 2019). En overvekt av disse studiene er hovedsakelig opptatt av de eldste gruppene i befolkningen (Feng et al., 2020; Gilmour, 2012; Maguire et al., 2019), men Lee et al. (2020) fant imidlertid den samme sammenhengen mellom deltakelse og livskvalitet i et utvalg av voksne med omtrent samme gjennomsnittsalder som utvalget i denne studien.

Tilhørighet har flere dimensjoner og definisjoner, men kan uttrykkes som en følelse av å «høre hjemme» (Antonsich, 2010). Tilhørighet er i en del forskning forbundet tett med sosial kapital, og det er foreslått at tilhørighet er en dimensjon som er lettere å definere enn sosial kapital og at det derfor også kan brukes som en indikator for sosial kapital (Ahn & Davis, 2020). I denne studien hadde utvalget en gjennomsnittskår på 7.38 for tilhørighet på en skala fra 0 til 10. Dette er omtrent på nivå med befolkningen for øvrig som er vist å skåre gjennomsnittlig 7.47 på denne skalaen (Nes et al., 2020). Dette kan indikere at tilhørighet er noe som oppleves likt og som ikke er påvirket av om man har langvarig sykdom eller ikke. Men funnene i denne studien viste at det var en signifikant sammenheng mellom grad av tilhørighet og grad av global livskvalitet der det var 23% høyere odds ratio for høy global livskvalitet med stigende grad av tilhørighet. Funnene samsvarer med studien til Lambert et al. (2013) hvor resultatene indikerte at tilhørighet, i betydningen av følelsen av å passe sammen med andre, predikerte og forårsaket høy livskvalitet. Det er lite forskning på sammenhengen mellom tilhørighet og livskvalitet hos personer med langvarig sykdom, men det er funnet at et stort antall av de som opplever lav tilhørighet i Norge er uføre (Støren et al., 2020). Det å være ufør gjør at man ikke kan leve et like aktivt og sosialt liv som friske. Det å være aktiv og sosial fremmer tilhørighet og livskvalitet. I følge Baumeister og Leary (1995) var det en tett kobling mellom tilhørighet og sosial støtte, og forskning som omhandler sosial støtte kan ha relevans for hypoteser om tilhørighet.

Oppsummert viser resultatene at sosial kapital operasjonalisert gjennom dimensjonene tillit, sosial støtte, deltakelse og tilhørighet er signifikant assosiert med global livskvalitet hos mennesker med langvarig sykdom. Dette er i tråd med en finsk studie der man fant at tillit,

gjensidighet, sosial deltakelse og nettverk bidro til god egenvurdert helse og psykisk velvære også for personer med langvarig sykdom etter å ha kontrollert for blant annet sosiodemografiske variabler og funksjonell status (Nieminen et al., 2010). De fire dimensjonene som utgjorde sosial kapital, forklarte 31 % av variansen i global livskvalitet i dette utvalget. Alle dimensjonene beholdt en signifikant assosiasjon med global livskvalitet også etter at det ble kontrollert for funksjonsgrad, fysisk aktivitet, ensomhet og sosiodemografiske variabler. Betydningen av sosial kapital og de ulike dimensjonene som operasjonaliserer begrepet underbygges også av tidligere forskning som har funnet at det er en sammenheng mellom de ulike dimensjonene og livskvalitet hos mennesker med langvarig sykdom (Christian et al., 2020; Feng et al., 2020; Gilmour, 2012; Helliwell & Wang, 2011; Helliwell & Putnam, 2004; Lee et al., 2020; Maguire et al., 2019; Nes et al., 2020; Portela et al., 2013; Yeung et al., 2020). Både tidligere forskning og funnene i denne studien viser at sosial kapital er et viktig element å ha søkelys på når man ønsker å skape omgivelser som gir høy livskvalitet hos mennesker med langvarig sykdom.

6.3 Diskusjon av metode

I dette kapittelet vil styrker og svakheter i oppgaven bli diskutert. For å kunne vurdere om resultatene er holdbare er det viktig å vurdere metodisk tilnærming og studiedesign, databehandling og analyse, validitet og reliabilitet og generaliserbarhet.

6.3.1 Metodisk tilnærming og studiedesign

Hensikten med studien var å undersøke sammenhengen mellom sosial kapital og global livskvalitet. Det ble valgt kvantitativ metode, noe som er egnet til å studere sammenheng mellom fenomener (Bjørnnes & Gjevjon, 2019; Ringdal, 2016). Kvantitative studier gir mulighet for bredde med sine store representative utvalg, og sammenlignbare og strukturerte informasjon. Man mister imidlertid nærheten til det som studeres og dermed også muligheten til detaljert og dyp informasjon (Ringdal, 2016). Om målet hadde vært å få nær og detaljert informasjon hadde det vært mer hensiktsmessig å benytte kvalitativ metode.

For å utføre studien ble det valgt et tverrsnittdesign. En tverrsnittstudie kan gi en beskrivelse av populasjonen utvalget er trukket fra, og er vanlig å bruke ved spørreundersøkelse som gjennomføres på ett gitt tidspunkt, med et stort representativt utvalg (Ringdal, 2016). Å

benytte et kvantitativt tverrsnittdesign var av disse grunnene godt egnet til å svare på forskningsspørsmålet. Svakheten med et tverrsnittstudie er imidlertid at det kun gir status på et gitt øyeblikket og ikke er således ikke egnet til å konkludere om prosesser som foregår over tid (Ringdal, 2016). En av de største utfordringene med tverrsnittdesign er imidlertid at det er umulig å vurdere kausalitet og i hvilken retning sammenhengene går (Webb et al., 2017).

Resultatene i denne studien fremstår entydige og signifikante. Det vil imidlertid alltid være en viss usikkerhet rundt statistisk signifikans. Signifikansnivået i denne studien er satt til <0.05 , noe som indikerer at det er 5% sannsynlighet at sammenhengen skyldes tilfeldigheter og at nullhypotesen blir forkastet ved en feil, og at det blir begått en type I-feil (Ringdal, 2016). Sannsynligheten for å gjøre en type I-feil øker med økende p-verdi, og signifikansnivået kunne vært satt til $p=0.01$ for å unngå dette. Det ble allikevel beholdt en p-verdi på 0.05, da dette er vanlig å benytte. At tidligere forskningslitteratur støtter funnene av sammenhenger styrker sannsynligheten for at nullhypotesen er forkastet med rette og at assosiasjonene som ble funnet er valide.

Det er mange faktorer som påvirker helse og livskvalitet (Dahlgren & Whitehead, 1991; Dahlgren & Whitehead, 2006; Naidoo & Wills, 2016). Den fulle modellen forklarte 42.4% av variansen i utfallet. I denne studien er hovedmålet å se på sammenhengen mellom sosial kapital og global livskvalitet og det var derfor ikke aktuelt å trekke inn andre fenomener for å forklare alle faktorer som påvirker global livskvalitet. Studiens hensikt var ikke å konstruere en fullstendig modell eller å finne ut om sosial kapital var den viktigste årsaken til global livskvalitet, men om det er en sammenheng mellom variablene.

6.3.2 Databehandling og analyse

Av metodiske hensyn var det hensiktsmessig å dikotomisere flere av variablene. Innen helseforskning er det svært vanlig at en variabel som skal vurdere helsetilstanden dikotomiseres til to kategorier (Eikemo & Clausen, 2020). Det er da ofte vanlig å dele en kontinuerlig variabel ved medianen (Skovlund, 2017). Global livskvalitet ble derfor dikotomisert fra en kontinuerlig variabel på en skala fra 0 til 10, til lav og høy global livskvalitet delt på median. Utfordringen med dikotomisering på denne måten er imidlertid at grenseverdien ikke nødvendigvis blir den beste, at man mister en del informasjon og dermed også statistisk styrke (Skovlund, 2017). Ved dikotomisering av global livskvalitet vil det tapes

en del informasjon om variasjonen mellom individene, og det er vanskelig å vite om man har delt mellom høy og lav global livskvalitet på rett sted.

For variablene som operasjonaliserte sosial kapital ble det også tatt valg om kategorisering av variablene av hensyn til analysemetode. Deltakelse ble dikotomisert fra fem kategorier til ja og nei, og her kan man potensielt ha mistet informasjon som viser eksakt hvor de avgjørende skillene befinner seg. Variablene som representerer sosial støtte i Oss i Østfold 2019 var i undersøkelsen målt med Oslo 3 Social Support Scale som er et standardisert testverktøy som inneholder tre spørsmål (Meltzer, 2003). Denne skalaen ble kategorisert etter samme metode som ble benyttet av Bøen et al. (2012). Det var imidlertid en del missing på disse tre spørsmålene som gjorde at det ble tatt et valg om at respondenten måtte ha svart på minst 2 av tre spørsmål for å bli inkludert. Det ble beregnet en sumskår basert på et gjennomsnitt for besvarte spørsmål ganget med tre. Her er det rom for målefeil ved at noen av sumskårene inneholder et antatt tall i stedet for et reelt tall.

En vanlig måte å kategorisere utdanning på er ved fire kategorier slik den opprinnelig var i dette datamaterialet. Utdanning ble allikevel endret til tre kategorier, da det ikke var behov for å skille mellom hvor mange års høyskole-/universitetsutdanning respondenten hadde. Ved å dele inn i tre kategorier, benytter man seg av tredeling av nivå som er den mest forenklede nivådelingen i Norsk standard for utdanningsgruppering (NUS 2000) med obligatorisk utdanning (grunnskole), mellomutdanning (videregående) og universitets- og høyskoleutdanning (høyskole/universitet) (Barrabés & Østli, 2016). Dette er også den samme inndelingen som ble benyttet i SSB sin befolkningsundersøkelse om livskvalitet i 2020 (Støren et al., 2020). I datamaterialet hadde arbeidsstatus svært mange kategorier og det var derfor hensiktsmessig å dele i færre kategorier. Kategoriseringen ble valgt på bakgrunn av at vi hovedsakelig kan skille mellom de som er i aktivitet, det vil si i arbeid eller studerer, de som ikke er i arbeid av ulike (ofte) uønskede grunner og de som ikke er i arbeid fordi de er pensjonister eller av andre (antakeligvis) frivillige grunner. I kategorien «Utenfor arbeidslivet med trygdeytelser» finner vi ulike mennesker. Sykmeldte er eksempelvis ikke en ensartet gruppe. Her finner vi alt fra høyt utdannede personer som vanligvis er i fullt arbeid, men som er kortvarig sykmeldte på grunn av et uhell, til personer som har vært uføre fra ung alder og som ikke har utdanning. I kategorien «Annet» finner vi blant annet pensjonister, som også er like ulike som gruppen nevnt over. Her er det muligheter for at annen inndeling ville gitt et annet resultat. Ensomhet ble rekodet til færre kategorier, noe som reduserer informasjonen og dermed også potensiell reduksjon i statistisk styrke. Det samme gjelder

funksjonsbegrensninger som ble dikotomisert. For å vurdere sammenhengen mellom sosial kapital og global livskvalitet ble det benyttet logistisk regresjonsanalyse. Regresjonsanalyse er et hensiktsmessig analyseverktøy å bruke når målet er å koble et sett med potensielle forklaringsvariabler til en responsvariabel og er en mye brukt analysemetode i helseforskning (Thoresen, 2017). Det er brukt odds ratio (OR) som effektmål, som er tolkbart og fornuftig når man ønsker å se på sammenhenger (Thoresen, 2017).

6.3.3 Validitet og reliabilitet

I denne studien ble det brukt allerede innsamlet data, noe som gjorde at det ikke var mulig å påvirke valg av måleverktøy og datainnsamlingsmetode, men det er allikevel viktig å vurdere kvaliteten til måleverktøyet (Ringdal, 2016). Validitet sier noe om et måleinstrument måler det det er tenkt å måle, mens reliabilitet angir om gjentatte målinger gir samme resultat (Ringdal, 2016). Global livskvalitet er et fenomen som ikke lar seg undersøke ved laboratorietester, og i dette tilfellet er det i stedet benyttet et spørreskjema for å gi det en skår. Et viktig spørsmål i forskning er om måleinstrumentene som benyttes fanger opp fenomenet man ønsker å betrakte. Spørsmålene som er brukt til å måle global livskvalitet, «Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt fortiden?» (global kognitiv livskvalitet) og «Alt i alt, i hvilken grad opplever du at det du gjør i livet er meningsfylt?» (eudaimonisk livskvalitet), er egnet til å stilles separat, men har også blitt brukt som sammenstilt mål til å vurdere global livskvalitet i blant annet nasjonale livskvalitetsstudier og står på minimumslisten for spørsmål om livskvalitet (Nes et al., 2020; Østfold fylkeskommune, 2019). Det er vurdert at man mister lite informasjon ved å slå sammen disse to variablene (Nes et al., 2020). De andre spørsmålene som er benyttet er også brukt i de nasjonale og fylkesvise folkehelseundersøkelsene utarbeidet av FHI (Nes et al., 2020), og det er derfor grunn til å anta at både validitet og reliabilitet for spørsmålene er tilfredsstillende. Oslo 3 Social Support Scale som ble benyttet for å måle sosial støtte er standardisert, brukt i flere studier og er vurdert å være valid (Bøen et al., 2012; Meltzer, 2003).

6.3.4 Generaliserbarhet og skjevhet i utvalget

Da befolkningsundersøkelsen ble gjennomført, ble det gjennom valg av innsamlingsmetode og bearbeidelse av utvalget, tilstrebet å sitte igjen med et mest mulig representativt utvalg fra den generelle befolkningen. Det var 16 558 respondenter som fullførte undersøkelsen, så

utvalget var relativt stort, men svarprosent var på kun 20% av antall utsendte spørreundersøkelser noe som gir en høy mulighet for utvalgsskjevheter. Det var imidlertid 80% av alle som åpnet e-posten som valgte å fullføre utfyllingen av spørreskjema. Det var noe flere eldre som besvarte befolkningsundersøkelsen. En forutsetning for å bli inkludert i befolkningsundersøkelsen var tilgang til e-post. Flere eldre bruker internett enn tidligere, men eldre internettbrukere har høyere sosioøkonomisk status, helse og livskvalitet (Hunsaker & Hargittai, 2018; Østfold fylkeskommune, 2019), noe som kan ha ført til skjevhet i utvalget.

Denne studien har hatt til hensikt å undersøke et underutvalg av langvarig syke og det ble valgt å fjerne de respondentene som hadde manglende data på variabler som skulle være med i analysen. Etter å ha fjernet alle respondenter som hadde manglende svar stod det igjen 6 754 respondenter. Selv om det fortsatt er et relativt stort analytisk utvalg, er det grunn til å anta at de som har fullført undersøkelsen i denne gruppen kanskje har mindre utfordringer med helsen eller har høyere funksjonsnivå enn de som ikke har fullført, da tidligere studier har vist at de som ikke deltar eller besvarer spørreskjema ofte har dårligere fysisk funksjon enn de som deltar i studier (Galea & Tracy, 2007). Dette vil i så fall potensielt kunne føre til at utvalget i denne studien kanskje er friskere enn hele populasjonen av personer med langvarig sykdom forøvrig. Men det er allikevel relativt liten grunn til å tro at dette ville påvirke sammenhengene mellom sosial kapital og global livskvalitet som ble funnet.

I denne studiens utvalg som bestod av personer med langvarig sykdom var det en litt høyere andel av kvinner (59.5%) enn menn. Statistikk fra SSB viser at flere kvinner har langvarig sykdom (Statistisk sentralbyrå, 2020). På den annen side kan overvekten av kvinner delvis påvirkes av det faktum at kvinner oftere deltar i forskningsbaserte studier (Galea & Tracy, 2007). De fleste i utvalget hadde videregående skole eller høyskole/universitet som høyeste utdanning. Dette kan gjenspeile at personer med høy utdanning oftere deltar i forskningsbaserte undersøkelser (Galea & Tracy, 2007). Potensielle skjevheter i utvalget har blitt tatt hensyn til ved å kontrollere for alder, kjønn, utdanning og arbeidsstatus i dataanalysen. Selv om det kan foreligge noen potensielle skjevheter som truer generaliserbarheten av funnene i denne studien, er det grunn til å anta at sammenhengene som ble funnet er overførbare for andre grupper med langvarige lidelser i Norge. Det at funnene i denne studien støttes av tidligere studier gjør også at overførbarheten til funnene styrkes (Ringdal, 2016). Det er imidlertid viktig å poengtere at det i denne studien ikke foreligger informasjon om diagnoser. Som det er redegjort for tidligere har ulike diagnosene ulike karakter og påvirker personen på ulike måter (Bernell & Howard, 2016; Stewart et al., 1989).

Dette er en svakhet ved studien, som gjør at man kun kan trekke slutninger på generelt nivå for mennesker med langvarige sykdommer og lidelser.

7 Konklusjon og implikasjoner for praksis

I denne studien er det gitt et overordnet bilde av sammenhengen mellom sosial kapital og global livskvalitet for mennesker med langvarig sykdom i Østfold. Sosial kapital ble operasjonalisert ved tillit, sosial støtte, deltakelse og tilhørighet. Dataanalysene gjort i denne studien bekrefter at det er en signifikant sammenheng mellom høyere grad sosial kapital og høyere skår på global livskvalitet. Funnene var signifikante også etter at det var kontrollert for sosiodemografiske variabler og andre konfundere som har kjent positiv effekt på livskvalitet. Funnene stemmer godt overens med tidligere forskning, og understøtter at sosial kapital bør få oppmerksomhet i planleggingen av folkehelsearbeidet rettet mot grupper med langvarig sykdom i Østfold spesielt og i folkehelsearbeid generelt. I det helsefremmende og forebyggende arbeidet, og kanskje spesielt i helsevesenet, er det mye fokus på levevaner som blant annet fysisk aktivitet og behandling, men denne studien viser at også andre faktorer er viktig.

Østfolds historie preges av å ha vært et industri- og transportsamfunn, med jordbruk og herregårder, samt et sosialt skille med de utfordringene det medfører (Thorsnæs, 2020). Regionen bærer fortsatt med seg sosiale utfordringer, og Folkehelseprofilen 2019 Østfold (Folkehelseinstituttet, 2019) viser at østfoldingene har flere fysiske og psykiske utfordringer enn landet for øvrig. Det vil derfor være spesielt viktig at både folkehelsearbeid og helsetjenester setter søkelys på hvordan man kan sikre god livskvalitet for mennesker med langvarige lidelser og sykdom. For mange av disse vil det ikke være mulig eller et mål å bli frisk, men å leve et så godt liv som mulig med sine plager. Når dette er sagt er resultatene av denne undersøkelsen imidlertid også interessante nasjonalt. Det er ikke grunn til å tro at de menneskene som er langvarig syke er annerledes i Østfold enn i andre deler av landet.

Kunnskapen om sammenhengen mellom sosial kapital og global livskvalitet for mennesker med langvarig sykdom må benyttes i praksis, og på ulike nivåer. På makronivå er det viktig at man arbeider for å utligne sosiale ulikheter og at vi forvalter det unike ved at man i Norge har en kultur og et samfunn med høy tillit til andre, på en fornuftig måte. Både statlige og kommunale aktører har et ansvar. Eksempler på dette er ved utarbeidelse av planverk og prioritering av innsatsområder. På mesonivå er det nødvendig at det offentlige eksempelvis legger til rette for at frivillige lag og foreninger får en plass i offentligheten og anerkjenner den ressursen de er, både som reservoar for, men også i utvikling av sosial kapital i form av

tilhørighet, tillit, sosial støtte og deltakelse. I praksisfeltet kan det bety å ha oversikt over hvilke lag og foreninger som finnes, etablere kontakt med dem, videreformidle kontakt eller samarbeide tett om relevante tiltak. På mikronivå er blant annet den sosiale støtten fra venner, familie og naboer viktig. I et forebyggende eller helsefremmende tiltak for mennesker med langvarig sykdom vil det å tilby oppfølging i gruppe være hensiktsmessig. Her vil det være rom for å danne nye relasjoner og føle tilhørighet til et fellesskap. Å delta i en aktivitet på fritiden ville kunne oppleves meningsfylt. Den sosiale støtten som mange opplever i slike fellesskap eller gruppetiltak, enten de fagspesifikke og driftet av det offentlige, selvhjelpsgrupper eller en uformell helsekafé, kan antakelig utgjøre en forskjell for helsa og livskvaliteten til enkeltmenneskene. På den annen side skal man ikke undervurdere en langvarig syk persons følelse av tilhørighet til eller støtte fra en enkelt behandler som har tatt seg tid til å etablere en tillitsfull relasjon.

Denne studien kan ikke konkludere om kausal retning eller om dette er en sammenheng som er sterkere nå enn ved tidligere befolkningsundersøkelser. Derfor bør man i videre forskning for eksempel utføre longitudinelle befolkningsundersøkelser for å vurdere virkningen av sosial kapital på global livskvalitet. For å kunne hente ut et sammenlignbart datamateriale i fremtiden, må de kommende befolkningsundersøkelsene i den nye Viken fylkeskommune fortsatt differensiere mellom de ulike regionene som tilsvare de tidligere fylkene.

Videre implikasjoner for påfølgende forskning er at det også er behov for kvalitative studier. En kvalitativ studie vil kunne gi mer dybdekunnskap om hvordan mennesker med langvarige sykdommer oppfatter og opplever betydningen av sosial kapital og hvordan dette påvirker deres livskvalitet.

Litteraturliste

- Ahern, M. M. & Hendryx, M. S. (2005). Social capital and risk for chronic illnesses. *Chronic illness*, 1 (3): 183-190.
- Ahn, M. Y. & Davis, H. H. (2020). Sense of belonging as an indicator of social capital. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 40 (7/8): 627-642.
- Alonso, J., Ferrer, M., Gandek, B., Ware, J. E., Aaronson, N., Mosconi, P., Rasmussen, N. K., Bullinger, M., Fukuhara, S. & Kaasa, S. (2004). Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Quality of life research*, 13 (2): 283-298.
- Anokye, N. K., Trueman, P., Green, C., Pavey, T. G. & Taylor, R. S. (2012). Physical activity and health related quality of life. *BMC public health*, 12 (1): 1-8.
- Antonsich, M. (2010). Searching for belonging—an analytical framework. *Geography Compass*, 4 (6): 644-659.
- Arne, M., Janson, C., Janson, S., Boman, G., Lindqvist, U., Berne, C. & Emtner, M. (2009). Physical activity and quality of life in subjects with chronic disease: chronic obstructive pulmonary disease compared with rheumatoid arthritis and diabetes mellitus. *Scandinavian journal of primary health care*, 27 (3): 141-147.
- Barrabés, N. & Østli, G. K. (2016). *Norsk standard for utdanningsgruppering 2016. Revidert 2000 Dokumentasjon. Oppdatert 2016*. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Barstad, A. (2014). *Levekår og livskvalitet: vitenskapen om hvordan vi har det*, 978-82-02-36071-9. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Barstad, A. & Sandvik, L. (2015). *Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet: En analyse av ulikhet i sosiale relasjoner med utgangspunkt i levekårsundersøkelsene*. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Barstad, A. (2021). Blir vi stadig mer ensomme? Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/blir-vi-stadig-mer-ensomme> (lest 13.05.2021).
- Baumeister, R. F. & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117 (3): 497-529.

- Berkman, L. & Krishna, A. (2014). Social network epidemiology. I: Berkman, L., Kawachi, I. & Glymour, M. M. (red.) *Social Epidemiology*, s. 234-289. New York: Oxford University Press
- Bernell, S. & Howard, S. W. (2016). Use your words carefully: what is a chronic disease? *Frontiers in public health*, 4: 159.
- Bize, R., Johnson, J. A. & Plotnikoff, R. C. (2007). Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: a systematic review. *Preventive medicine*, 45 (6): 401-415.
- Bjørnnes, A. K. & Gjevjon, E. R. (2019). Kvalitet i kvantitativ metode—et innblikk. *Sykepleien forskning*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2019/09/kvalitet-i-kvantitativ-metode-et-innblikk> (lest 01.05.2021).
- Bore, R. R. (red.). (2007). *På liv og død. Helsestatistikk i 150 år*. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Bourdieu, P. (1983). Forms of capital I: Richards, J. C. (red.) *Handbook of Theory and Paper for the Sociology of Education*. New York: Greenwood Press.
- Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., Carty, C., Chaput, J.-P., Chastin, S., Chou, R., et al. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British Journal of Sports Medicine*, 54 (24): 1451-1462.
- Burström, K., Johannesson, M. & Diderichsen, F. (2001). Swedish population health-related quality of life results using the EQ-5D. *Quality of life research*, 10 (7): 621-635.
- Bøen, H., Dalgard, O. S. & Bjertness, E. (2012). The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study. *BMC geriatrics*, 12 (1): 1-12.
- Börjesson, M., Mannerkorpi, K., Knardahl, S., Karlsson, J. & Mannheimer, C. (2008). Smerter. I: Bahr, R. (red.) *Aktivitetshåndboken*, s. 582-601. Oslo: Helsedirektoratet.
- Carlquist, E. (2015). *Well-being på norsk*. Helsedirektoratet. Oslo: Helsedirektoratet.
- Carpiano, R. M. & Hystad, P. W. (2011). “Sense of community belonging” in health surveys: what social capital is it measuring? *Health & place*, 17 (2): 606-617.
- Charmaz, K. (1983). Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of health & illness*, 5 (2): 168-195.

- Christian, A. K., Sanuade, O. A., Okyere, M. A. & Adjaye-Gbewonyo, K. (2020). Social capital is associated with improved subjective well-being of older adults with chronic non-communicable disease in six low-and middle-income countries. *Globalization and health*, 16 (1): 1-11.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5): 300-314.
- Coleman, J. S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American journal of sociology*, 94: S95-S120.
- Conn, V. S., Hafdahl, A. R. & Brown, L. M. (2009). Meta-analysis of quality-of-life outcomes from physical activity interventions. *Nursing research*, 58 (3): 175-183.
- Dahl, E. & Malmberg-Heimonen, I. (2010). Social inequality and health: the role of social capital. *Sociology of health & illness*, 32 (7): 1102-1119.
- Dahlberg, L. & McKee, K. J. (2014). Correlates of social and emotional loneliness in older people: evidence from an English community study. *Aging & Mental Health*, 18 (4): 504-514.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe*. Stockholm.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2006). *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*. Copenhagen: WHO Regional office for Europe
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014). *Helsinkideklarasjonen*. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/> (lest 14.10.2020).
- Dumith, S. C., Leite, J. S., Fernandes, S. S., Sanchez, É. F. & Demenech, L. M. (2021). Social determinants of quality of life in a developing country: evidence from a Brazilian sample. *Journal of Public Health*: 1-8.
- Eikemo, T. A. & Clausen, T. H. (2020). *Kvantitativ analyse med SPSS*. 1 utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Elgar, F. J., Davis, C. G., Wohl, M. J., Trites, S. J., Zelenski, J. M. & Martin, M. S. (2011). Social capital, health and life satisfaction in 50 countries. *Health & place*, 17 (5): 1044-1053.
- Elovainio, M., Hakulinen, C., Pulkki-Råback, L., Virtanen, M., Josefsson, K., Jokela, M., Vahtera, J. & Kivimäki, M. (2017). Contribution of risk factors to excess mortality in isolated and lonely

- individuals: an analysis of data from the UK Biobank cohort study. *The Lancet Public Health*, 2 (6): e260-e266.
- Feng, Z., Cramm, J. M. & Nieboer, A. P. (2020). Social participation is an important health behaviour for health and quality of life among chronically ill older Chinese people. *BMC Geriatrics*, 20 (1): 299.
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Folkehelseinstituttet. (2019). *Folkehelseprofil 2019 Østfold*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/folkehelseprofil/> (lest 15.09.2020).
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29)*. Lovdata.
- Fox, K. R. (1999). The influence of physical activity on mental well-being. *Public health nutrition*, 2 (3a): 411-418.
- Fugelli, P. (2011). Grunnstoffet tillit. *Sykepleien forskning*, 6 (5): 104-105.
- Fyrand, L. (2005). *Sosialt nettverk. Teori og praksis.*, b. 2. Oslo: Universitetsforlaget.
- Galea, S. & Tracy, M. (2007). Participation rates in epidemiologic studies. *Annals of epidemiology*, 17 (9): 643-653.
- Gallant, M. P. (2003). The Influence of Social Support on Chronic Illness Self-Management: A Review and Directions for Research. *Health Education & Behavior*, 30 (2): 170-195.
- Gilmour, H. (2012). Social participation and the health and well-being of Canadian seniors. *Health Rep*, 23 (4): 23-32.
- Gjengedal, E. & Hanestad, B. R. (2007). *Å leve med kronisk sykdom. En varig kursendring*. Oslo: J.W Cappelens Forlag AS.
- Gjerpe, M. (2010). *Kronisk syk eller langvarig syk?* Tidsskriftet Den norske legeforening.
- Golden, J., Conroy, R. M., Bruce, I., Denihan, A., Greene, E., Kirby, M. & Lawlor, B. A. (2009). Loneliness, social support networks, mood and wellbeing in community-dwelling elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24 (7): 694-700.

- Halaweh, H., Willen, C., Grimby-Ekman, A. & Svantesson, U. (2015). Physical activity and health-related quality of life among community dwelling elderly. *Journal of clinical medicine research*, 7 (11): 845.
- Hays, R. D., Wells, K. B., Sherbourne, C. D., Rogers, W. & Spritzer, K. (1995). Functioning and Well-being Outcomes of Patients With Depression Compared With Chronic General Medical Illnesses. *Archives of General Psychiatry*, 52 (1): 11-19.
- Heaney, C. A. & Israel, B. A. (2008). Social networks and social support. I: Glanz, K., Rimer, B. K. & Viswanath, K. (red.) *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*, s. 189-210. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Helgeson, V. S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of life research*, 12 (1): 25-31.
- Helliwell, J. & Wang, S. (2011). Trust and Wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 1.
- Helliwell, J. F. & Putnam, R. D. (2004). The social context of well-being. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 359 (1449): 1435-1446.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Prop. 90L (2010-2011)*. Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak). Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter (Meld. St. 19 (2014-2015))* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Folkehelsemeldinga - Gode liv i eit trygt samfunn (Meld. St. 19 (2018 –2019))*. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet,.
- Helsedirektoratet. (2014). *Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2018a). *Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling. Helsedirektoratets innspill til videreutvikling av folkehelsepolitikken*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2018b). *Folkehelsepolitisk rapport 2017*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Henriques, A., Silva, S., Severo, M., Fraga, S. & Barros, H. (2020). Socioeconomic position and quality of life among older people: The mediating role of social support. *Preventive medicine*, 135: 106073.
- Heyworth, I. T., Hazell, M. L., Linehan, M. F. & Frank, T. L. (2009). How do common chronic conditions affect health-related quality of life? *British Journal of General Practice*, 59 (568): e353-e358.

- Hjort, P. F. (1982). Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål. I: Lorentzen, P. E. (red.) *Helsepolitikk og helseadministrasjon*, s. 11-31. Oslo: Tanum-Norli.
- Hofstad, H. & Bergsli, H. (2014). Folkehelse og sosial bærekraft—en sammenligning og. *Environment*, 22 (5): 581-594.
- Holmberg, S. & Rothstein, B. (2017). Trusting other people. *Journal of public affairs*, 17 (1-2): e1645.
- Hultman, B., Hemlin, S. & Olof Hörnquist, J. (2006). Quality of life among unemployed and employed people in northern Sweden. Are there any differences? *Work*, 26 (1): 47-56.
- Hunsaker, A. & Hargittai, E. (2018). A review of Internet use among older adults. *New Media & Society*, 20 (10): 3937-3954.
- Institute of Medicine. (2012). *Living Well with Chronic Illness : A Call for Public Health Action*. Washington, D.C.: National Academies Press.
- Islam, M. K., Merlo, J., Kawachi, I., Lindström, M. & Gerdtham, U.-G. (2006). Social capital and health: does egalitarianism matter? A literature review. *International journal for equity in health*, 5 (1): 3.
- Kawachi, I. & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78 (3): 458-467.
- Kim, D. & Kawachi, I. (2007). US state-level social capital and health-related quality of life: multilevel evidence of main, mediating, and modifying effects. *Annals of epidemiology*, 17 (4): 258-269.
- Kivits, J., Erpelding, M. L. & Guillemin, F. (2013). Social determinants of health-related quality of life. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 61: 189-S194.
- Kuh, D. & Shlomo, Y. B. (2004). Introduction. I: Kuh, D. & Shlomo, Y. B. (red.) *A life course approach to chronic disease epidemiology*, s. 3-14. Oxford: Oxford University Press.
- Lambert, N. M., Stillman, T. F., Hicks, J. A., Kamble, S., Baumeister, R. F. & Fincham, F. D. (2013). To belong is to matter: Sense of belonging enhances meaning in life. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 39 (11): 1418-1427.
- Lee, J. K., Lin, L. & Magee, C. (2020). Investigating the relationships between social capital, chronic health conditions and health status among Australian adults: findings from an Australian national cohort survey. *BMC public health*, 20 (1): 1-11.

- Lim, L. L. & Kua, E.-H. (2011). Living Alone, Loneliness, and Psychological Well-Being of Older Persons in Singapore. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2011: 673181.
- Lubetkin, E. I., Jia, H., Franks, P. & Gold, M. R. (2005). Relationship among sociodemographic factors, clinical conditions, and health-related quality of life: examining the EQ-5D in the US general population. *Quality of life research*, 14 (10): 2187-2196.
- Lucumí, D. I., Gomez, L. F., Brownson, R. C. & Parra, D. C. (2015). Social capital, socioeconomic status, and health-related quality of life among older adults in Bogotá (Colombia). *Journal of aging and health*, 27 (4): 730-750.
- Løyland, B., Miaskowski, C., Paul, S. M., Dahl, E. & Rustøen, T. (2010). The relationship between chronic pain and health-related quality of life in long-term social assistance recipients in Norway. *Quality of Life Research*, 19 (10): 1457-1465.
- Maguire, R., Hanly, P. & Maguire, P. (2019). Living well with chronic illness: How social support, loneliness and psychological appraisals relate to well-being in a population-based European sample. *Journal of Health Psychology*: 1359105319883923.
- Megari, K. (2013). Quality of life in chronic disease patients. *Health psychology research*, 1 (3).
- Meltzer, H. (2003). Development of a common instrument for mental health. I: Nosikov, A. & Gudex, C. (red.) b. 57 *EUROHIS: Developing common instruments for health surveys*, s. 35-60. Amsterdam: IOS Press.
- Michelson, H., Bolund, C. & Brandberg, Y. (2000). Multiple Chronic Health Problems are Negatively Associated with Health Related Quality of Life (HRQoL) irrespective of Age. *Quality of Life Research*, 9 (10): 1093-1104.
- Mielck, A., Vogelmann, M. & Leidl, R. (2014). Health-related quality of life and socioeconomic status: inequalities among adults with a chronic disease. *Health and quality of life outcomes*, 12 (1): 1-10.
- Murray, C. J., Lopez, A. D., World Bank, Harvard School of Public Health & World Health Organization. (1996). The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020: summary. I: Christopher J. L. Murray & Lopez., A. D. (red.): World Health Organization.

- Musich, S., Wang, S. S., Hawkins, K. & Yeh, C. S. (2015). The impact of loneliness on quality of life and patient satisfaction among older, sicker adults. *Gerontology and Geriatric Medicine* 2015, 1: 2333721415582119.
- Mørk, E. (red.). (2011). *Seniorer i Norge 2010*. Oslo - Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2016). *Foundations for Health Promotion*. 4. utg. London: Elsevier.
- 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*. I: Bang Nes, R. & Nilsen, T. S. (red.): Folkehelseinstituttet.
- Nieminen, T., Martelin, T., Koskinen, S., Aro, H., Alanen, E. & Hyypä, M. T. (2010). Social capital as a determinant of self-rated health and psychological well-being. *International Journal of Public Health*, 55 (6): 531-542.
- OECD. (2013). *OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being*. Paris: OECD Publishing.
- Opp, S. M. (2017). The forgotten pillar: a definition for the measurement of social sustainability in American cities. *Local Environment*, 22 (3): 286-305.
- Orfila, F., Ferrer, M., Lamarca, R., Tebe, C., Domingo-Salvany, A. & Alonso, J. (2006). Gender differences in health-related quality of life among the elderly: The role of objective functional capacity and chronic conditions. *Social Science & Medicine*, 63 (9): 2367-2380.
- Patrick, D. L., Kinne, S., Engelberg, R. A. & Pearlman, R. A. (2000). Functional status and perceived quality of life in adults with and without chronic conditions. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53 (8): 779-785.
- Petite, T., Mallow, J., Barnes, E., Petrone, A., Barr, T. & Theeke, L. (2015). A systematic review of loneliness and common chronic physical conditions in adults. *The open psychology journal*, 8 (Suppl 2): 113.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2003). Risk factors for loneliness in adulthood and old age--a meta-analysis. I: *Advances in psychology research*, Vol. 19., s. 111–143. Hauppauge, NY, US: Nova Science Publishers.
- Poortinga, W. (2012). Community resilience and health: The role of bonding, bridging, and linking aspects of social capital. *Health & place*, 18 (2): 286-295.

- Portela, M., Neira, I. & Salinas-Jiménez, M. d. M. (2013). Social Capital and Subjective Wellbeing in Europe: A New Approach on Social Capital. *Social Indicators Research*, 114 (2): 493-511.
- Putnam, R. (1993). *Making Democracy work. Civic traditions in Modern Italy*. Princeton: Princeton University Press.
- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. (2015). *Eksempler på virksomhet som ikke skal søke REK: Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk*
Tilgjengelig fra:
https://helseforskning.etikkom.no/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerikkerek?p_dim=34999&ikbLanguageCode=n (lest 07.03.2021).
- Regjeringen. (2020). *Etikk i forskningen*: Regjeringen. Tilgjengelig fra:
<https://www.regjeringen.no/no/tema/forskning/innsiktsartikler/etikk-i-forskningen/id2000710/>
(lest 06.03.2021).
- Richards, L. (2016). For whom money matters less: social connectedness as a resilience resource in the UK. *Social indicators research*, 125 (2): 509-535.
- Ringdal, K. (2016). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvanitativ metode. 3. utgave*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ryan, A., Wallace, E., O'Hara, P. & Smith, S. M. (2015). Multimorbidity and functional decline in community-dwelling adults: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes*, 13: 168.
- Rydin, Y. & Holman, N. (2004). Re-evaluating the Contribution of Social Capital in Achieving Sustainable Development. *Local Environment*, 9 (2): 117-133.
- Saltkjel, T. & Malmberg-Heimonen, I. (2014). Social inequalities, social trust and civic participation—the case of Norway. *European Journal of Social Work*, 17 (1): 118-134.
- Schlenk, E. A., Erlen, J. A., Dunbar-Jacob, J., McDowell, J., Engberg, S., Sereika, S. M., Rohay, J. M. & Bernier, M. J. (1997). Health-related quality of life in chronic disorders: a comparison across studies using the MOS SF-36. *Quality of Life Research*, 7 (1): 57-65.
- Skovlund, E. (2017). Dikotomisering av målevariabler—hva er prisen? *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- Statistisk sentralbyrå. (2020). Statistikkbanken. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statbank> (lest 27.04.2021).

- Stewart, A. L., Greenfield, S., Hays, R. D., Wells, K., Rogers, W. H., Berry, S. D., McGlynn, E. A. & Ware, J. E., Jr. (1989). Functional Status and Well-being of Patients With Chronic Conditions: Results From the Medical Outcomes Study. *JAMA*, 262 (7): 907-913.
- Stewart, A. L., Hays, R. D., Wells, K. B., Rogers, W. H., Spritzer, K. L. & Greenfield, S. (1994). Long-term functioning and well-being outcomes associated with physical activity and exercise in patients with chronic conditions in the medical outcomes study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 47 (7): 719-730.
- Strine, T., Chapman, D., Balluz, L., Moriarty, D. & Mokdad, A. H. (2008). The associations between life satisfaction and health-related quality of life, chronic illness, and health behaviors among US community-dwelling adults. *Journal of community health*, 33 (1): 40-50.
- Støren, K. S., Rønning, E. & Gram, K. H. (2020). *Livskvalitet i Norge 2020*. Oslo - Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Szreter, S. & Woolcock, M. (2004). Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology*, 33 (4): 650-667.
- Saarni, S. I., Suvisaari, J., Sintonen, H., Koskinen, S., Härkänen, T. & Lönnqvist, J. (2007). The health-related quality-of-life impact of chronic conditions varied with age in general population *Journal of Clinical Epidemiology*, 60 (12): 1288.e1-1288.e11.
- Theeke, L. A., Goins, R. T., Moore, J. & Campbell, H. (2012). Loneliness, depression, social support, and quality of life in older chronically ill Appalachians. *The Journal of psychology*, 146 (1-2): 155-171.
- Thoresen, M. (2017). Logistisk regresjon—anvendt og anvendelig. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 137 (19): 1531-1531.
- Thorsen, K. & Clausen, S.-E. (2009). Hvem er de ensomme? Sosial kontakt og ensomhet. *Samfunnsspeilet*, 1.
- Thorsnæs, G. (2020). *Østfold - tidligere fylke*. Tilgjengelig fra: [https://snl.no/%C3%98stfold - tidligere fylke](https://snl.no/%C3%98stfold_-_tidligere_fylke) (lest 07.10.2020).
- Tobiasz-Adamczyk, B., Galas, A., Zawisza, K., Chatterji, S., Haro, J. M., Ayuso-Mateos, J. L., Koskinen, S. & Leonardi, M. (2017). Gender-related differences in the multi-pathway effect of social determinants on quality of life in older age—the COURAGE in Europe project. *Quality of Life Research*, 26 (7): 1865-1878.

- United Nations. (1987). *Report of the world commission on environment and development: Our common future*. UN Documents.
- United Nations. (2015). *General Assembly Resolution A/RES/70/1. Transforming Our World, the 2030 Agenda for Sustainable Development*.
- Uphoff, E. P., Pickett, K. E., Cabieses, B., Small, N. & Wright, J. (2013). A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities in health: a contribution to understanding the psychosocial pathway of health inequalities. *International journal for equity in health*, 12 (1): 1-12.
- van Oostrom, S. H., Smit, H. A., Wendel-Vos, G. W., Visser, M., Verschuren, W. M. & Picavet, H. S. J. (2012). Adopting an active lifestyle during adulthood and health-related quality of life: the Doetinchem Cohort Study. *American Journal of Public Health*, 102 (11): e62-e68.
- Waddell, G. & Burton, A. K. (2006). *Is work good for your health and well-being?* Norwich: TSO (The Stationery Office).
- Wahl, A. K. & Hanestad, B. R. (2004). *Måling av livskvalitet i klinisk praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Wahl, A. K., Rustøen, T., Rokne, B., Lerdal, A., Knudsen, Ø., Miaskowski, C. & Moum, T. (2009). The complexity of the relationship between chronic pain and quality of life: a study of the general Norwegian population. *Quality of Life Research*, 18 (8): 971-980.
- Wastler, H., Lucksted, A., Phalen, P. & Drapalski, A. (2020). Internalized stigma, sense of belonging, and suicidal ideation among veterans with serious mental illness. *Psychiatric rehabilitation journal*, 43 (2): 91.
- Webb, P., Bain, C. & Page, A. (2017). *Essential epidemiology: an introduction for students and health professionals*: Cambridge University Press.
- WHO. (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: International Health Conference.
- WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. International conference on Health promotion, Ottawa.
- WHO. (1998). *Programme on mental health : WHOQOL user manual, 2012 revision*: World Health Organization.

- WHO. (2005). *Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report*, 9241563001: World Health Organization.
- Wollebæk, D. & Selle, P. (2007). Origins of social capital: Socialization and institutionalization approaches compared. *Journal of Civil Society*, 3 (1): 1-24.
- Wollebæk, D. & Seggaard, S. B. (2011). *Sosial kapital i Norge*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Yeung, P., Severinsen, C., Good, G. & O'Donoghue, K. (2020). Social environment and quality of life among older people with diabetes and multiple chronic illnesses in New Zealand: Intermediary effects of psychosocial support and constraints. *Disability and Rehabilitation*: 1-13.
- Öhman, M. & Söderberg, S. (2004). The experiences of close relatives living with a person with serious chronic illness. *Qualitative health research*, 14 (3): 396-410.
- Østfold fylkeskommune. (2019). *Oss i Østfold 2019 Befolkningskartlegging*: Østfold fylkeskommune.
- Øverland, S. N., Knudsen, A. K., Vollset, S. E., Kinge, J. M., Skirbekk, V. F. & Tollånes, M. C. (2018). *Sykdomsbyrden i Norge i 2016. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2016 (GBD 2016). Rapport 2018.*, 8280829601. Oslo.

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

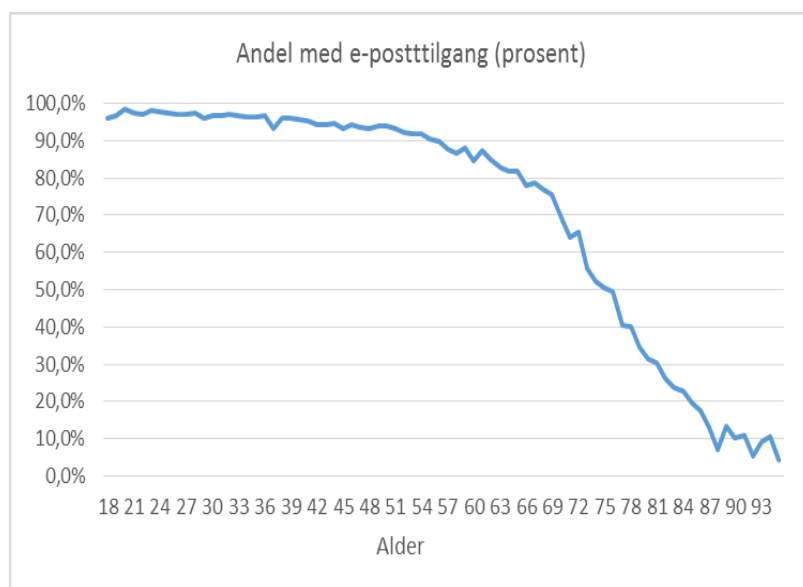
2. MÅLGRUPPE

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 vektning.

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 reservasjonmulighet, 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 vektes 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, korrigering, 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 gjenkjenkende 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 <i>*Fixed *Exclusive</i> |
| 999 | Ubesvart/Vet ikke <i>*Fixed *Exclusive</i> |

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