



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Masteroppgave 2021 30 stp
Fakultetet for landskap og samfunn

Har kvaliteter ved nærmiljøet betydning for selvrapportert psykisk helse i Østfold?

En kvantitativ studie av befolkningen i Østfold fra
2019

Anne Segtnan
Master i Folkehelsevitenskap

Forord

Denne oppgaven er avslutningen på min 2-årig master i Folkehelsevitenskap som jeg startet på høsten 2019. Etter å ha jobbet i mange år fikk jeg muligheten til nytt faglig påfyll som student ved NMBU. Det har vært en utrolig spennende og lærerik reise som har gitt mye ny innsikt og egenutvikling. Jeg føler meg veldig privilegert som fikk denne muligheten til å studere igjen.

Lite visste jeg at dette skulle bli en ganske annerledes studietid for alle studenter. Midt i vårsemesteret 2020 ble verden rammet av en pandemi. De fleste kursene har etter dette foregått på Zoom, og det har dessverre vært begrenset mulighet til kontakt med medstudenter. Det har vært et savn å ikke kunne ha et fellesskap sammen med andre studenter. Heldigvis fikk vi sju måneder med vanlig undervisning der jeg ble kjent med de dyktige foreleserne ved Institutt for folkehelsevitenskap og studievenner som har bidratt til å holde motet oppe i denne vanskelige og uvanlige perioden.

Aller først en stor takk til veileder Camilla Martha Ihlebæk, professor ved Institutt for folkehelsevitenskap, NMBU. Jeg har vært utrolig heldig som har hatt en så dyktig veileder. Du har gitt gode tilbakemeldinger, motivert og inspirert og har vist en oppriktig interesse gjennom hele prosessen.

Jeg vil også takke Viken fylkeskommune for tilgang til datamateriale fra befolkningskartleggingen «Oss i Østfold». Som østfolding synes jeg det har vært veldig spennende å kunne forske på datamateriale fra eget fylke. Takk til Anni Skipstein og Knut-Johan Rognlien fra Viken fylkeskommune, Jo Ese og Arve Negaard fra Høgskolen i Østfold for et inspirerende seminar om folkehelse og sosiale ulikheter i Østfold, høsten 2020.

Videre vil jeg takke studievenninne Maya for godt samarbeid og oppmuntring gjennom hele studietiden, og møtene våre på vakre campus Ås de gangene vi fikk lov til å være der.

Tusen takk til min flotte mann og hjemmekontorkollega. Takk for at du har gitt meg muligheten til å være heltidsstudent og for at du er en tålmodig og stødig mann. Og til slutt, takk til nydelige Othilie, som ofte minner meg på hva som er det viktigste her i livet.

Moss, 29.mai 2021

Anne Segtnan

Sammendrag

Bakgrunn: Hvert år opplever rundt en femtedel av befolkningen psykiske helseproblemer og i Østfold var 17 % av befolkningen i kontakt med primærhelsetjenesten på grunn av psykiske symptomer og lidelser i 2018. Det er i dag bred enighet om at helse skapes der menneskene bor og lever sine liv, og i relasjoner mellom mennesker. Derfor er det behov for mer kunnskap om hvordan nærmiljøfaktorer og sosiale faktorer påvirker psykisk helse i Østfold.

Hensikt: Å undersøke om opplevde nærmiljøkvaliteter og sosiale faktorer var assosiert med selvrapportert psykisk helse blant befolkningen i Østfold.

Metode: Datamaterialet til denne tverrsnittstudien var et analytisk utvalg (N=12 006) hentet fra spørreundersøkelsen «Oss i Østfold 2019» utført av Østfold fylkeskommune. Spørreskjema inneholdt spørsmål om sosiodemografi, nærmiljøkvaliteter (trivsel, stedstilhørighet, nærmiljøtilbud og trygghet), sosiale faktorer (sosial støtte, ensomhet og deltagelse) og psykisk helse (Hopkin Symptom Checklist). Logistisk regresjonsanalyse ble benyttet for å undersøke sammenhenger mellom nærmiljøkvaliteter, sosiale faktorer og selvrapporterte psykiske plager, og det ble kontrollert for sosiodemografiske faktorer.

Resultater: Totalt sett var det 20,5 % av respondentene som rapporterte psykiske plager. Resultatene viste at med høyere trivsel, stedstilhørighet og trygghet så var det en lavere risiko for å rapportere psykiske plager. En lavere risiko for psykiske plager ble også funnet med økende grad av sosial støtte. Økende grad av ensomhet ga en økt odds ratio for psykiske plager. Den fulljusterte modellen forklarte 35 % av variansen i psykiske plager.

Konklusjon: I denne studien ble det funnet at nærmiljøkvaliteter og sosiale relasjoner var assosiert med psykisk helse i befolkningen i Østfold. Det er derfor viktig å ha oppmerksomhet på disse faktorene i det forebyggende og helsefremmende folkehelsearbeidet for å sikre god psykisk helse i befolkningen.

Abstract

Background: Approximately 20% of the population faces mental health problems annually. In 2018, 17% of the Østfold population were in contact with the primary health care service due to mental illness. Today, it is generally agreed that health is created where people live their lives, and in inter-human relations. Thus, there is a need for extended knowledge about how qualities of the local community and social factors affect the mental health in Østfold.

Aim: To investigate if perceived qualities of the local community and social factors were associated with psychological distress in the Østfold population.

Methods: The data for this study was an analytical selection (N=12 006) from the questionnaire «Oss i Østfold 2019», conducted by Østfold fylkeskommune. The questionnaire comprised questions about sociodemographics, qualities of the local community (neighborhood satisfaction, place attachment, physical neighborhood features and safety), social factors (social support, loneliness and participation) and mental health (Hopkin Symptom Checklist). Logistic regression analysis was used in order to investigate associations between qualities of the local community, social factors and self-reported psychological distress.

Results: A total of 20,5 % of the respondents reported psychological distress. The results showed that people reporting a higher degree of neighborhood satisfaction, place attachment and safety had lower odds for reporting psychological distress. Reduced odds for psychological distress was also found for people with a higher degree of social support. Higher degree of loneliness was associated with increased odds for psychological distress. The fully adjusted model explained 35 % of the variance in psychological distress.

Conclusion: In this study it has been found that qualities of the local community and social relations were associated with mental health in the Østfold population. Thus, it is important to pay attention to these factors in the public health work to secure good mental health in the population.

Tabelloversikt

Tabell 1 Deskriptiv statistikk av studiepopulasjon og det analytiske utvalget for de demografiske og sosioøkonomiske variablene

Tabell 2 Deskriptiv statistikk av studiepopulasjon og det analytiske utvalget for nærmiljøkvaliteter og sosiale faktorer

Tabell 3 Assosiasjoner mellom sosiodemografiske variabler og psykiske plager. Gruffeforskjeller analysert med Pearsons Kji-kvadrat test, n=12006

Tabell 4 Assosiasjoner mellom nærmiljøkvaliteter og sosiale faktorer og psykiske plager. Gruffeforskjeller analysert med Pearsons Kji-kvadrat test og uavhengig t-test, n=12006

Tabell 5 Trinnvis logistisk regresjonsanalyse av assosiasjonen mellom psykiske plager (avhengig variabel) og nærmiljøkvaliteter, sosiale faktorer og sosiodemografiske variabler

Figuroversikt

Figur 1 “Health in the river of life”. Modell over de ulike elementene i folkehelsearbeidet (Eriksson & Lindström, 2008)

Figur 2 Modell av helsedeterminanter som påvirker helse, trivsel og velvære i et nabolag (Barton & Grant, 2006)

Forkortelser

| | |
|-------|---------------------------------------------------------------------|
| CI | Konfidensintervall |
| DALY | Disability Adjusted Life Years, helsetapsjusterte leveår |
| FN | De forente nasjoner |
| HSCL | Hopkin Syptom Check List |
| NSD | Norsk senter for forskningsdata |
| OSS-3 | Oslo-3 Social Support Scale |
| OR | Odds Ratio |
| SD | Standard deviation |
| WHO | World Health Organization |
| YLD | Years Lived with Disability, leveår med nedsatt helse eller uførhet |
| ØFK | Østfold Fylkeskommune |

Innholdsfortegnelse

| | | |
|----------|---------------------------------------------------------|-----------|
| 1 | INNLEDNING | 1 |
| 2 | BAKGRUNN | 3 |
| 2.1 | HELSE, FOLKEHELSE OG FOLKEHELSEARBEID | 3 |
| 2.2 | PSYKISK HELSE..... | 7 |
| 2.3 | HELSEDETERMINANTER | 9 |
| 2.4 | SOSIOØKONOMISK FAKTORER | 10 |
| 2.5 | NÆRMILJØ..... | 11 |
| 2.5.1 | <i>Trivsel i nærmiljøet</i> | 12 |
| 2.5.2 | <i>Stedstilhørighet</i> | 13 |
| 2.5.3 | <i>Nærmiljøtilbud</i> | 14 |
| 2.5.4 | <i>Trygghet i nærmiljøet</i> | 15 |
| 2.6 | SOSIALE FAKTORER | 16 |
| 3 | PROBLEMSTILLING | 19 |
| 4 | METODE | 20 |
| 4.1 | STUDIEDESIGN..... | 20 |
| 4.2 | UTVALG OG STUDIEPOPULASJON..... | 20 |
| 4.3 | DATAINNSAMLING | 20 |
| 4.4 | AVHENGIG VARIABEL..... | 21 |
| 4.4.1 | <i>Hopkin Symptom Checklist</i> | 21 |
| 4.5 | UAVHENGIGE VARIABLER | 21 |
| 4.5.1 | <i>Nærmiljøkvaliteter</i> | 21 |
| 4.5.2 | <i>Sosiale faktorer</i> | 22 |
| 4.5.3 | <i>Demografiske og sosioøkonomiske variabler</i> | 23 |
| 4.6 | DATAANALYSE..... | 24 |
| 4.7 | ETISKE RETNINGSLINJER OG VURDERINGER | 25 |
| 5 | RESULTATER | 27 |
| 5.1 | DESKRIPTIV STATISTIKK..... | 27 |
| 5.2 | PSYKISKE PLAGER OG BIVARIATE SAMMENHENGER | 30 |
| 5.3 | LOGISTISK REGRESJONSANALYSE | 32 |
| 6 | DISKUSJON | 35 |
| 6.1 | OPPSUMMERING AV RESULTATENE | 35 |
| 6.2 | PSYKISKE PLAGER OG SOSIODEMOGRAFISKE FAKTORER | 35 |
| 6.3 | SOSIALE FAKTORER | 38 |
| 6.4 | KVALITETER VED NÆRMILJØET | 39 |
| 6.5 | METODEDISKUSJON..... | 41 |
| 6.5.1 | <i>Valg av studiedesign og metode</i> | 41 |
| 6.5.2 | <i>Databehandling</i> | 42 |
| 6.5.3 | <i>Intern validitet og reliabilitet</i> | 43 |
| 6.5.4 | <i>Generaliserbarhet og skjevheter i utvalget</i> | 44 |
| 7 | KONKLUSJON OG IMPLIKASJONER | 47 |
| 8 | LITTERATURLISTE | 48 |

Vedlegg

Vedlegg 1 Oss i Østfold 2019 - Om undersøkelsen og spørreskjema

Vedlegg 2 e-postinvitasjon og informasjon til respondenter

Vedlegg 3 Deskriptiv statistikk av variablene som inngår i nærmiljøtilbud og sosial støtte

1 Innledning

Mange sliter med dårlig psykisk helse, og i Norge vil ca 1/5 av befolkningen over 18 år oppleve en psykisk lidelse hvert år (Reneflot et al., 2018). Den psykiske helsen i befolkningen følger en sosial gradient, og de som er plassert lavt i det sosioøkonomiske hierarkiet har dårligere psykisk helse enn de med høyere sosioøkonomisk posisjon (Erdem, Van Lenthe, Prins, Voorham & Burdorf, 2016; Lorant et al., 2003). For å skape mer fokus rundt åpenhet og behov for kunnskap om psykisk helse kom regjeringen med strategien «Mestre hele livet» i 2017 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). To av de overordnede målene i denne strategien er at psykisk helse skal være en likeverdig del av folkehelsearbeidet og at alle skal ha mulighet til å oppleve tilhørighet, bli inkludert og kunne delta aktivt i samfunnet. Flere skal oppleve god psykisk helse og trivsel og de sosiale forskjellene i psykisk helse skal reduseres. Strategien for god psykisk helse ble videre fulgt opp da regjeringen kom med folkehelsemeldinga «Gode liv i eit trygt samfunn» i 2019. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Her blir psykisk helse løftet frem som en viktig del av det å oppleve livskvalitet. Også internasjonalt er det fokus på psykisk helse. Psykisk helse er ifølge FN et av de mest forsømte globale helseproblemene, og god psykisk helse i befolkningen er en av de viktige faktorene for å kunne nå bærekraftsmålene innen 2030 (United Nations, 2018). Blant de 17 bærekraftsmålene er det flere som handler om temaer som berører psykisk helse, deriblant mål 3: «God helse og livskvalitet» og mål 10: «Mindre ulikskap». Sosiale forhold er også en viktig del av bærekraftsmålene med mål 11: «Bærekraftige byer og lokalsamfunn». Elementene i et sosialt bærekraftig lokalsamfunn er at innbyggerne har tillit til samfunnet og hverandre, at de har tilgang til arbeid, utdanning og gode nærmiljø, og at de føler tilhørighet og trygghet (Folkehelseinstituttet, 2020b). Dette viser at betydningen av psykisk helse er satt høyt på den politiske agendaen både i Norge og internasjonalt.

Helse skapes der mennesker bor og lever sine liv, og i relasjoner mellom mennesker. Nærmiljøet er derfor en viktig arena for å skape trivsel, tilhørighet og gode sosiale nettverk, og disse faktorene bidrar positivt til den psykiske helsen (Buckner, 1988; Gallant, 2013; Leslie & Cerin, 2008). For de med lav sosioøkonomisk posisjon kan nærmiljøfaktorer og sosiale faktorer være spesielt viktig for å sikre en god psykisk helse (Erdem et al., 2016). Østfold er et område som skårer lavere enn landsgjennomsnittet på de fleste levekårsvariabler, og har også en høyere forekomst av psykiske symptomer og lidelser enn landsgjennomsnittet (Folkehelseinstituttet, 2020a). Det er derfor spesielt interessant å studere faktorer som kan ha betydning for den

psykiske helsen i denne delen av befolkningen. Det er også viktig med mer kunnskap generelt om hvordan nærmiljøfaktorer og sosiale faktorer påvirker psykisk helse. Målet med denne studien er derfor å undersøke om opplevde nærmiljøkvaliteter som trivsel, stedstilhørighet, nærmiljøtilbud og trygghet, og sosiale faktorer som sosial støtte, deltagelse og ensomhet, er assosiert med selvrapportert psykisk helse.

2 Bakgrunn

I denne delen vil det bli gjort rede for begrepene helse, folkehelse, folkehelsearbeid, psykisk helse og helsedeterminanter. Til slutt vil helsedeterminantene som er relevante for denne oppgaven bli beskrevet grundigere og hvordan disse er assosiert med psykisk helse.

2.1 Helse, folkehelse og folkehelsearbeid

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerte helse i 1948 som «en komplett tilstand av fysisk, psykisk og sosial velvære, og ikke kun fravær av sykdom eller ubehag» (WHO, 2020, s. 1). Denne definisjonen har vært viktig fordi den setter fokuset på en mer helhetlig og subjektiv forståelse av helsebegrepet og ikke bare helse som fravær av sykdom. Dette helsebegrepet kan oppleves som utopisk, og flere andre beskrivelser har derfor kommet til i årenes løp. En av disse er fra den første internasjonale konferansen om helsefremmende arbeid som ble holdt i Ottawa, Canada i 1986. Her ble helse beskrevet som en ressurs i dagliglivet, der helse gir mulighet til å leve et produktivt liv på det personlige, sosiale og økonomiske plan i det miljøet man lever i (WHO, 1986). Denne definisjonen har hatt stor betydning for den videre utviklingen av folkehelsearbeidet. I tråd med dette har Hjort (1994, s. 91) definert helsebegrepet på en enkel og forståelig måte der han har vært opptatt av å gi plass til helse på tross av sykdom. Han definerer helse som «overskudd i forhold til hverdagens krav», der overskudd handler om å sitte igjen med noe ekstra etter at man har håndtert de kravene man møter i hverdagen. Huber et al. (2011) er også opptatt av helse uavhengig av sykdom, og går mer i dybden på individets evne til å tilpasse seg når de beskriver helse. Huber et al. (2011, s. 2) definerer helse som «evnen til å tilpasse seg og ta hånd om seg selv», og presiserer at helse handler om fysisk, psykisk og sosial helse. De mener at et individ med en sunn og frisk fysisk og psykisk form klarer å bygge opp en beskyttende respons som gjør at man klarer å gjenopprette likevekt når man møter fysiologisk og psykisk stress. Den sosiale dimensjonen av helse er ivaretatt når individer får realisert eget potensiale og delta aktivt i det sosiale livet (Huber et al., 2011). Fugelli og Ingstad (2001) var opptatt av allmennhetens forståelse av begrepet helse. I sin studie undersøkte de hva nordmenn flest forstod med begrepet helse, og fant at folk beskrev helse som en ressurs, der helse ble beskrevet med ord som trivsel, hvordan kropp og sjel fungerer, nærhet til naturen, humør, mestring, overskudd og energi. Helse blir her sett på som en subjektiv opplevelse og denne opplevelsen kan være god selv om man har en sykdom eller motsatt. Studien viste også at alder, sykdomsbelastning og sosial situasjon hadde betydning for hvilke forventninger man har til egen helse (Fugelli & Ingstad, 2001).

Når man går fra å se på helsebegrepet som noe som handler om enkeltindividet til å løfte blikket litt høyere og se på befolkning som helhet, snakker vi om folkehelse og folkehelsearbeid. I Folkehelseloven (2012) §3 er folkehelse definert som: «befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning» og folkehelsearbeid er definert som «samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen». Disse to definisjonene peker på flere viktige elementer som begrepene folkehelse og folkehelsearbeid inneholder, blant annet at folkehelsearbeidet er et samfunnsansvar og at fokuset er på hele befolkningen eller grupper av befolkningen.

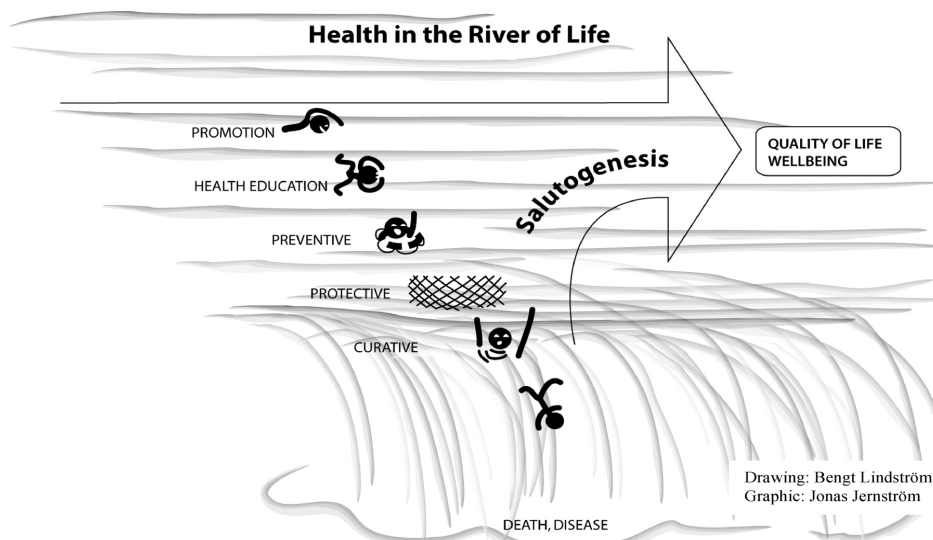
Folkehelsearbeid handler om å påvirke faktorer som er positive eller negative for helsen, der kjernen er forebyggende og helsefremmende arbeid i tillegg til utjevning av sosiale helseforskjeller (Folkehelseloven, 2012). Folkehelsearbeidet kan være universelt ved at det er rettet mot alle eller selektivt ved at de er rettet mot en gruppe av befolkningen. I det praktiske folkehelsearbeidet kan man si at forebyggende og helsefremmende arbeid utfyller hverandre og kan være overlappende fordi forebyggende tiltak kan ha en helsefremmende effekt og helsefremmende tiltak kan ha en forebyggende effekt (Helsedirektoratet, 2010). Det kan allikevel være nyttig å skille mellom forebyggende arbeid, helsefremming og utjevning av sosiale ulikheter i helse, og disse delene av folkehelsearbeid vil nå beskrives.

Det forebyggende arbeidet handler i hovedsak om å opprettholde og styrke befolkningens helse ved å innføre tiltak som kan hindre eller redusere sykdom, skader, sosiale problemer og kjente risikofaktorer. Det å gi befolkningen kunnskap om helse og påvirkningsfaktorer er en viktig del av det forebyggende folkehelsearbeidet fordi kunnskapsutvikling gir individer og grupper økt mulighet til å involvere seg i egne liv og ta gode valg for helsen (Eriksson & Lindström, 2008). I det forebyggende arbeidet ønsker man å aktivt involvere enkeltindividet slik at de styrkes i sin stilling til egen helse for å forebygge sykdom og skade.

I det helsefremmende arbeidet ønsker man på den annen side å styrke og forbedre befolkningens helse ved å fokusere på de faktorene som setter mennesker i stand til å bevare og bedre sin helse. Optimalt sett skal dette fokuset være på tvers av politiske områder og ulike samfunnsarenaer (Helsedirektoratet, 2010). I vedtektene til Ottawa charteret ble det beskrevet at «for å oppnå fysisk, psykisk og sosialt velvære, må et individ eller en gruppe være i stand til

å kunne identifisere og virkeliggjøre sine forhåpninger, tilfredsstille sine behov, og endre eller mestre sitt miljø» (WHO, 1986, s. 1). Som en forlengelse av dette har Eriksson og Lindström (2007, s. 943) beskrevet helsefremmende arbeid som en prosess der man setter mennesker i stand til å ta kontroll over og forbedre helsen sin og de forhold som påvirker helsen. Helsefremming er ut fra dette perspektivet en måte å styrke robusthet, øke mestring og trivsel slik at det skapes velvære, overskudd, god helse og livskvalitet både for det enkelte individet og samfunnet rundt. Helsefremmende arbeid skal gi mennesker mulighet til å bruke sine ressurser og realisere sine mål og skape gode miljøer der innbyggerne kan delta aktivt og alle er inkludert (Eriksson & Lindström, 2007). Dette er i tråd med Antonovskys (1987) salutogenetiske tilnærming til helse. Med salutogenese menes det som gir god helse og hva som holder oss friske. Antonovsky mener at den menneskelige eksistens er grunnleggende preget av stress, og om stress fører til dårlig helse eller ikke, er avhengig av individets opplevelse av sammenheng. Kjernebegrepene i denne opplevelsen av sammenheng er begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. I det helsefremmende arbeidet ønsker man derfor å kunne påvirke denne opplevelsen av sammenheng og på den måten styrke og forbedre befolkningens helse.

Eriksson og Lindström (2008) har på en enkel måte illustrert hvordan de ulike elementene i folkehelsearbeidet står i forhold til hverandre i sin modell «Health in the river of life» (figur 1). Selv om denne modellen illustrerer individet kan man tenke seg at det representerer grupper av mennesker eller et helt samfunn. Nederst i modellen illustreres det kurative perspektivet, der helsearbeidet handler om å helbrede eller behandle sykdom. På de neste nivåene er folkehelsearbeidet delt inn i beskyttende og forebyggende arbeid, kunnskapsformidling og helsefremmende arbeid. Modellen viser at jo lenger man kommer unna fossefallet (som illustrerer død), jo lettere er det å holde seg flytende. Dette blir et bilde på hvordan individene, etter hvert som man beveger seg oppover i figuren, blir aktive og deltagende elementer i folkehelsearbeidet. I tillegg viser modellen hvordan en salutogenetisk tilnærming til helse innebærer å styrke individenes helsepotensiale, slik at god helse blir et verktøy for å kunne leve gode og produktive liv med livskvalitet, trivsel og velvære.



Figur 1 "Health in the river of life". Modell over de ulike elementene i folkehelsearbeidet (Eriksson & Lindström, 2008)

Eriksson og Lindström (2008) beskriver livet, og ikke sykdom og død, som hovedretningen i elven. De påpeker at noen flyter enkelt på mange livsmuligheter og tilgjengelige ressurser, mens andre må kjempe hardere for å holde seg flytende i elva og har mye høyere risiko for sykdom og død. Dette kan sees på som et bilde på hvordan faktorer som påvirker helsen er ujevnt fordelt og fører til sosial ulikhet i helse.

Når forskjellene i helse er *systematiske, sosialt produsert* og *urettferdige* kaller men det gjerne sosial ulikhet i helse (Whitehead & Dahlgren, 2006). Det systematiske mønsteret på forskjellene i helse er ikke tilfeldig fordelt, men viser en gradient gjennom hele befolkningen. Denne gradienten, som finnes overalt der den er studert, viser at både dødelighet og sykkelighet øker med redusert sosial posisjon (Marmot, Kogevinas & Elston, 1991). Personer fra forskjellige sosiale grupper er ulikt eksponert for forskjellige sosiale og økonomiske forhold, og det er blant annet disse forholdene i det sosiale miljøet som er årsaken til den sosiale gradienten (Marmot, 2015). Til tross for at Norge er et egalitært samfunn med en velutviklet velferdsstat er det også her tydelige helseulikheter (Kinge et al., 2019; Mackenbach, 2019). Forskjellene i forventet levealder mellom den rikeste og den fattigste delen av befolkningen er økende og var i 2015 på nærmere fjorten år for menn og åtte år for kvinner (Kinge et al., 2019). Tilsvarende er det et gap mellom de med høy utdanning og de med lav utdanning (Mackenbach, 2019). Disse helseulikhetene kan forklares med at det er store forskjeller i materielle og ikke-materielle ressurser blant de ulike sosioøkonomiske gruppene og at de med høy sosioøkonomisk posisjon klarer å dra større fordel av muligheter for helseforbedring enn de med lav sosioøkonomisk posisjon (Mackenbach, 2019). De sosiale ulikhetene i helse er ansett

som urettferdige fordi det krenker hva som er allmenn oppfatning av hva rettferdighet er. Ved stiftelsen av verdens helseorganisasjon (WHO) i 1946, ble det presisert ved nedtegnelsen av de fundamentale prinsippene til organisasjonen at «den høyeste oppnåelige standard av helse er en av de grunnleggende rettighetene til alle mennesker uavhengig av rase, religion, politisk overbevisning, økonomisk eller sosial forutsetning» (WHO, 2020, s. 1). I folkehelsearbeidet skal man ha fokus på helse som en felles gode og et av hovedmålene er å oppnå rettferdighet i helse (Koplan et al., 2009). Det er derfor viktig å ha søkelys på disse systematiske, sosialt produserte og urettferdige forskjellene, og jobbe for at disse reduseres.

2.2 Psykisk helse

Psykisk helse er en viktig dimensjon av det helhetlige helsebegrepet. Psykisk helse blir i WHO's definisjon fra 1948 (WHO, 2020) beskrevet som noe mer enn fravær av psykiske symptomer og lidelser. Psykisk helse er en tilstand av velvære der individet kan realisere egne ferdigheter, håndtere livets normale belastninger, arbeide produktivt, og kan bidra for andre og i samfunnet (WHO, 2018). God psykisk helse er fundamentet til vår kollektive og individuelle evne som mennesker til å tenke, føle, samhandle, tjene til livets opphold og nyte livet (WHO, 2018). Det å fremme, beskytte og gjenopprette psykisk helse er derfor viktig på individ-, samfunns- og globalt nivå. Psykisk helse blir ofte brukt i betydningen psykisk plager eller lidelser, og omtales oftere som en utfordring enn en ressurs (Helsedirektoratet, 2014). I et folkehelseperspektiv er psykisk helse et nøytralt begrep der man bruker ordene «god» eller «dårlig» for å beskrive den psykiske helsetilstanden (Helsedirektoratet, 2014). Folkehelsearbeidet handler også om å påvirke de faktorene som fremmer eller hemmer god psykisk helse, trivsel og livskvalitet.

God psykisk helse handler om positive følelser, nytelse, mestring, tilfredshet, tilhørighet, utvikling og vekst, autonomi, opplevelse av mening, delte mål og verdier og positive relasjoner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019; Helsedirektoratet, 2014). Opplevelsen av mestring, mening, kjenne seg tilfreds og ha positive relasjoner til andre er faktorer som kan fremme god psykisk helse og gi et vern mot ulike belastninger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019; Huber et al., 2011). Andre elementer som har betydning for positiv psykisk helse er muligheten til å utnytte egne evner, å kunne ta selvstendige valg og oppleve livsmestring (Jahoda, 1958). Well-being eller livskvalitet som det har blitt oversatt til på norsk, er et begrep som brukes for å beskrive den positive tilstanden av fysisk og psykisk helse, og livskvalitet handler om positive følelser og tilfredshet med livet (Helsedirektoratet, 2014). Man kan se på livskvalitet som noe dynamisk som virker i det gjensidige samspillet mellom mennesker og de fysiske, sosiale,

økonomiske, politiske og kulturelle omgivelsene rundt (Carlquist, 2015). Livskvalitet kan beskrives subjektivt og objektivt, der det subjektive perspektivet tar utgangspunkt i menneskers egne erfaringer og evalueringer, mens det objektive perspektivet handler om å skape gode livsbetingelser uavhengig av subjektiv opplevelse. Keyes (2002) karakteriserer personer med god psykisk helse som livskraftige med en høy grad av livskvalitet. De er fylt med positive følelser til livet og fungerer godt både psykisk og sosialt. I motsetning til de med dårlig psykisk helse som ofte kan karakteriseres av å være kraftløse og apatiske med liten grad av livskvalitet.

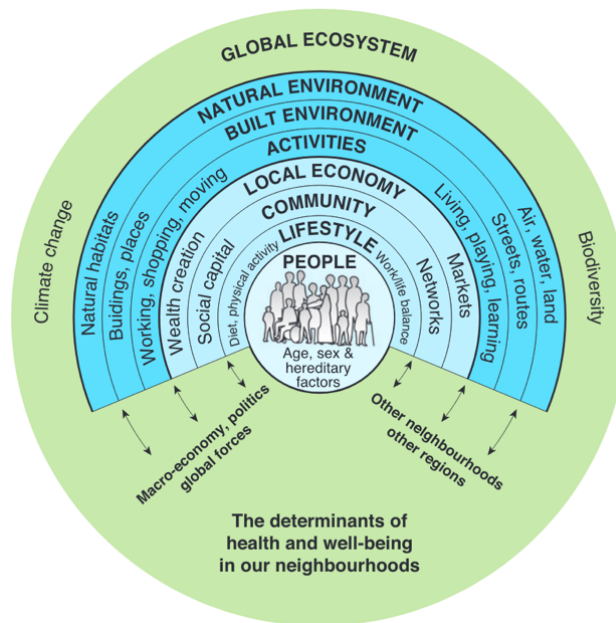
Psykiske plager og psykiske lidelser er begreper som er med på å beskrive dårlig psykisk helse. Psykiske plager beskriver tilstander som oppleves som belastende, men som ikke nødvendigvis sammenfaller med etablerte diagnoser, mens psykiske lidelser brukes om bestemte diagnoser som for eksempel angst og depresjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Det er estimert at i løpet av livet vil 20-25 % av verdens befolkning oppleve psykiske helseproblemer (WHO, 2001). På verdensbasis ligger psykiske lidelser på 13. plass over hovedårsaker til sykdomsbyrde målt i helsetapsjusterte leveår (DALY) og her er psykiske lidelser en av ti belastninger som har økt mest de siste 30 årene (Vos et al., 2020). I Norge er psykiske lidelser, sammen med muskel- og skjelettsykdommer de to viktigste sykdomsgruppene som påvirker antall leveår med nedsatt helse og uførhet (YLD) (Øverland et al., 2018). De vanligste psykiske sykdommene er angstlidelser, depresjon og rusbrukslidelser. Årlig vil mellom 16 og 22 % av den voksne befolkningen i Norge oppleve en slik lidelse (Reneflot et al., 2018), og blant disse viser det seg å være flere kvinner enn menn som er berørt (Øverland et al., 2018). I likhet med andre helseindikatorer skiller Østfold seg negativt ut fra landsgjennomsnittet også når det gjelder psykiske plager og lidelser. I 2018 var 17 % av Østfolds befolkning i kontakt med primærhelsetjenesten på grunn av psykiske symptomer og lidelser mot 15,4 % på landsbasis (Folkehelseinstituttet, 2020a).

En persons psykiske helse og mange av de vanligste psykiske sykdommene er formet av en rekke sosiale, økonomiske og fysiske livsforhold gjennom ulike stadier i livet (Allen, Balfour, Bell & Marmot, 2014). Risikofaktorer for mange av de vanlige psykiske sykdommene er sterkt assosiert med sosiale ulikheter, og jo større de sosiale ulikhetene er jo høyere er forskjellen i risiko (Allen et al., 2014). Psykisk helse følger den samme sosiale gradienten som tidligere beskrevet for helse generelt. De som er plassert lavt i det sosioøkonomiske hierarkiet har dårligere psykisk helse enn de med høyere sosioøkonomisk posisjon (Erdem et al., 2016; Lorant et al., 2003; WHO & Calouste Gulbenkian Foundation, 2014) og med gradienten øker også

alvorlighetsgraden til de psykiske plagene og lidelsene (Kosidou et al., 2011). Faktorer som påvirker både fysisk og psykiske helse kalles helsedeterminanter og beskrives i de neste avsnittene.

2.3 Helsedeterminanter

Helsedeterminanter er alle de faktorene i og rundt oss som påvirker helsen vår. Dahlgren og Whitehead (1991) har utviklet en modell som illustrerer hvordan disse faktorene er delt inn i ulike kategorier som en serie med sfæriske lag. Barton og Grant (2006) har bygget videre på denne modellen og laget en ny modell som er tettere relatert til nærmiljø (figur 2). Denne modellen illustrerer hvordan omgivelsene man blir født og utvikler seg i, leker, lærer og arbeider i påvirker helseatferd, livsstil og de valgene man tar og dermed har betydning for helse og velvære til befolkningen (Barton & Grant, 2006). Nærmiljøfokuset i denne modellen er i tråd med hvordan Ottawa charteret beskriver hvordan god helse skapes der menneskene lever sine liv (WHO, 1986). Hver enkelt sfære i sirkelen representerer ulike variabler av sosiale, kulturelle, økonomiske, fysiske og miljømessige forhold som påvirker helse, velvære og trivsel til individer i et nærmiljø (Barton & Grant, 2006). Modellen representerer det lokale økosystemet til mennesker, og viser hvordan dette er avhengig av det globale økosystemet og påvirkes av nasjonal og internasjonal økonomi, politikk og forhold i andre nabolag og regioner (figur 2). De materielle og sosiale forholdene som folk lever og arbeider i er de neste lagene i sirkelen illustrert som det naturlige og det bebygde miljøet i tillegg til aktiviteter vi utfører der. Disse lagene handler om tilgang til rent vann og ren luft, hvordan husene er formet, tilgjengelighet til fasiliteter, hvor trygt, lett og attraktivt det er å gå og sykle, tilgang til parker og lekeområder, arbeid og utdanning (figur 2). Den neste sirkelen er lokaløkonomi som sier noe om tilgang til arbeid, inntekt og helsetjenester og fellesskapet i lokalsamfunnet i form av sosiale kapital og gjensidig sosial støtte og nettverk eller mangel på dette. Den nest innerste sirkelen tar for seg livsstilsfaktorer som kosthold og fysisk aktivitet. I midten av modellen er individet med faste faktorer som kjønn, alder og genetikk (Barton & Grant, 2006).



Figur 2 Modell av helse-determinanter som påvirker helse, trivsel og velvære i et nabolag (Barton & Grant, 2006)

Alle disse helse-determinantene henger sammen og er faktorer som påvirker hvordan helsen vår er og hvilke muligheter man har til å oppnå god helse, trivsel og velvære. Det er samspillet mellom disse genetiske, individuelle og miljømessige faktorene, som alle kan ha små effekter hver for seg, og som sammen i ulike kombinasjoner fremmer eller beskytter individet på den ene siden eller bidrar til utvikling av dårlig fysisk, psykisk og sosial helse på den andre siden (Helsedirektoratet, 2014; Reneflot et al., 2018). I de neste avsnittene vil de helse-determinantene som er relevante for denne oppgaven bli beskrevet mer detaljert og det vil bli gjort rede for deres betydning for psykisk helse.

2.4 Sosioøkonomisk faktorer

Som beskrevet tidligere, så påvirker sosioøkonomiske faktorer helse, og er derfor blant de viktige helse-determinantene. Utdanningslengde, yrkesgruppe og inntekt er de vanligste sosioøkonomiske faktorene, men etnisitet, fødeland og tilgang på materielle ressurser ansees også som sosioøkonomiske faktorer (Folkehelseinstituttet, 2005). De sosiale og økonomiske faktorene virker inn på hvilken posisjon et individ eller en gruppe individer har i et samfunn og dette begrepet kan kalles sosioøkonomisk posisjon (Krieger, Williams & Moss, 1997). Sosioøkonomisk posisjon består av faktiske ressurser og status, og blir av Krieger et al. (1997, s. 345) definert som «et samlebegrep på ressurs- og prestisjebaserte mål» der ressursbaserte mål består av materielle og sosiale ressurser og verdier, som inntekt, formue og utdanning, mens

prestisjebaserte mål er individets rang eller status i et sosialt hierarki. Denne sosioøkonomiske posisjonen har vist seg å påvirke den fysiske og psykiske helsen til befolkningen.

Personer med lav sosioøkonomisk posisjon lever kortere og har oftere helseproblemer i løpet av livet enn de med høy sosioøkonomisk posisjon, og tilsvarende forskjeller er funnet i antall år man lever med god helse (Mackenbach, 2015). I tråd med dette fant Kivimäki et al. (2020) at lav sosioøkonomisk posisjon er en risikofaktor for psykiske lidelser. De vanligste psykiske plagene som angst og depresjon, forekommer også oftere i denne delen av befolkningen (Fryers, Melzer & Jenkins, 2003). Det har også blitt studert hvordan ressurser i nærmiljøet påvirker individer med ulik sosioøkonomisk posisjon (Stafford & Marmot, 2003). Disse studiene viste at de som har lav sosioøkonomisk posisjon er mer avhengig av de kollektive ressursene til det miljøet de bor og lever sine liv i for å kunne oppnå god fysisk og psykisk helse (Silva, Loureiro & Cardoso, 2016; Stafford & Marmot, 2003) .

2.5 Nærmiljø

Nærmiljøet der man bor er en av disse kollektive ressursene og derfor en viktig helsedeterminant. Det er et nasjonalt mål at alle skal ha et trygt og godt sted å bo og et godt nærmiljø (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Dette innebærer en stabil bosituasjon i et godt nærmiljø med mulighet til å leve et godt og aktivt liv der man kan bygge sosiale relasjoner over tid. Tilhørighet til nabolaget og naboskap er viktige faktorer for en psykologisk fellesskapsfølelse (Buckner, 1988). Det sosiale samholdet i et nærmiljø handler om å ha en fellesskapsfølelse, å stole på de som bor i nabolaget, at naboene kommer overens, deler de samme verdiene og er villige til å hjelpe hverandre (Forrest & Kearns, 2001; Kawachi & Berkman, 2000). I et nabolag med høy grad av sosialt samhold er man villig til å stille opp for hverandre og de som bor der har et godt forhold til hverandre (Erdem et al., 2016). Et nabolag med godt samhold har også blitt beskrevet som et fellesskap som har stabilitet i beboere over tid, der disse har knyttet vennskapsbånd og føler en kollektiv tilhørighet der man deltar sosialt (Buckner, 1988).

Det sosiale samholdet i et nabolag vil påvirke alle som bor der, men vil påvirke personer med ulik bakgrunn forskjellig. For eksempel har forskning vist at personer som er uten arbeid, som har økonomiske problemer eller som har nedsatt funksjonsevne kan dra større nytte enn andre grupper av å bo i et nabolag med høy grad av sosialt samhold (Erdem et al., 2016). Det er også funnet at i nabolag med liten grad av samhold så opplever innbyggerne mer psykiske plager

enn nabolag der det er en sosial interaksjon mellom naboene (Erdem, Prins, Voorham, van Lenthe & Burdorf, 2015). Det å bo i et fattig nabolag øker risikoen for dårlig generell og psykisk helse, og det å bo i et fattig nabolag har størst negativ helseeffekt på de som er fattige (Stafford & Marmot, 2003). Ut fra dette kan vi si at nærmiljøets kvaliteter kan virke som en buffer mot de uønskede virkningene som for eksempel lav sosioøkonomisk posisjon kan ha på psykisk helse. Det er derfor viktig å ha kunnskap om nærmiljøfaktorer og hvordan disse påvirker psykisk helse. I de neste underkapitlene vil de nærmiljøfaktorene som er relevante for denne oppgaven bli beskrevet. Disse faktorene er trivsel i nærmiljøet, stedstilhørighet, nærmiljøtilbud og trygghet. Disse helsedeterminantene påvirker også hverandre og har betydning for psykisk helse.

2.5.1 Trivsel i nærmiljøet

Flere studier har vist at trivsel i nærmiljøet har stor betydning for både helsen og tilfredsheten med livet (Fernandez & Kulik, 1981; Leslie & Cerin, 2008; Oshio & Urakawa, 2012). Bor man i områder med høy grad av trivselsskapende faktorer og enkel tilgang til fasiliteter trives man ofte godt (Barnett et al., 2020). Eksempler på faktorer som gjør at man trives i et nabolag er trygghet, gangbarhet, estetikk, grønne områder, sosiale møteplasser, godt naboskap og sosialt nettverk (Hadavi, Kaplan & Hunter, 2018; Howley, Scott & Redmond, 2009; Leslie & Cerin, 2008). Det viser seg at den oppfattede tilgjengeligheten av de positive trivselsfaktorene er viktigere enn den objektive mengden eller størrelsen (Hadavi et al., 2018). Eksempler på faktorer ved et nærmiljø som skaper mistriivsel er forsøpling, forurensing, høy trafikkbelastning, støy, manglende vedlikehold, mangel på grønne områder og lekeplasser, få åpne plasser og liten tilgang til gode dagligvarebutikker (Hadavi et al., 2018; Howley et al., 2009). Slike negative faktorer kan ofte skape en barriere for å bruke nærmiljøet (Hadavi et al., 2018) og det er rapportert at de som ikke trives i nærmiljøet oftere rapporterer om psykiske plager enn de som trives (Leslie & Cerin, 2008).

Men det er ikke bare faktiske kvaliteter ved nabolaget og nærmiljøet som påvirker trivsel, holdninger til og oppfattelse av eget nabolag kan også spille en viktig rolle (Permentier, Bolt & van Ham, 2010). Dette kan enten være egen holdning til nabolaget, hvordan andre oppfatter nabolaget eller hvordan man tror at andre oppfatter nabolaget (Permentier et al., 2010). I denne sammenhengen har det vist seg at valgfrihet er viktig. De som opplever frihet til å kunne velge bolig og område man bosetter seg i, er mer fornøyd med egenskapene til nabolaget, oppfatter omdømmet til nabolaget som bedre og trives bedre enn de som ikke har denne valgfriheten

(Permentier et al., 2010). Videre er det vist at følelsen av felleskap, interaksjon mellom naboer og mulighet til å medvirke i endringsprosesser i nabolaget er viktige faktorer for god psykisk helse og trivsel (O'Campo, Salmon & Burke, 2009). Disse faktorenes betydning for psykisk helse vil bli beskrevet mer inngående senere i avsnittet om sosiale faktorer.

2.5.2 Stedstilhørighet

Alle mennesker har et grunnleggende behov for tilhørighet (Baumeister & Leary, 1995) og dette innebærer et sterkt ønske om å danne og opprettholde varig mellommenneskelig tilknytning. En følelse av tilhørighet er grunnleggende for god psykisk helse og det å tilhøre har flere ulike funksjoner for oss, som å skape forutsigbarhet, trygghet og det å føle seg hjemme (Carlquist, 2015). En spesifikk form for tilhørighet er stedstilhørighet, og det finnes et mangfold av begreper og mål for å beskrive denne emosjonelle bindingen mellom mennesker og steder (Hernández, Hidalgo & Ruiz, 2021; Scannell & Gifford, 2010; Williams & Miller, 2021). Williams og Miller (2021) karakteriserer stedstilhørighet med identitet og emosjonelle bindinger, hvordan steder har blitt til og fornyet gjennom lokale og globale prosesser og som en dannelse av et komplekst system av menneskelig og ikke menneskelig aktivitet. Utformingen av landskapet og bygninger og hvordan dette er koblet med stedets menneskelige aktivitet er viktig for stedstilhørighet (Seamon, 2021). Stedstilhørighet har også blitt beskrevet med begreper som forankring, stedsavhengighet, stedsidentitet, urban identitet, stedsbetydning, samfunnsfølelse og felleskapstilhørighet (Hernández et al., 2021). Det er generell enighet om at stedstilhørighet er emosjonelle bindinger til steder og at de dannes og endres over tid (Manzo & Devine-Wright, 2021). Seamon (2021) beskriver hvordan dynamikken og den levende strukturen til et sted påvirker disse emosjonelle bindingene. Her handler stedstilhørighet om hvordan menneskene som bor og lever der ser på stedet som en del av deres verden og hvordan de aksepterer og anerkjenner stedet både bevisst og ubevisst. Det handler også om tilfeldig sammentreff og uventede hendelser. Dersom disse hendelsen er positive styrkes stedstilhørigheten, men brytes ned dersom stedet er preget av uventede hendelser som gjør at man blir urolig eller redd (Seamon, 2021).

Kvinner viser seg å ha en generelt sterkere stedstilhørighet enn menn (Hidalgo & Hernández, 2001). Denne stedstilhørigheten øker med alder, men den romlige formen til stedstilhørighet ser også ut til å endres med alder. De som tilhører den yngre delen av befolkningen viser seg å være mest tilknyttet til byen, mens de voksne er mest tilknyttet til hjemmet sitt, og den eldre befolkningen har like stor tilknytning til hjemmet, nabolaget og byen (Hidalgo & Hernández,

2001). Det er også funnet at hvor lenge man har bodd på et sted ikke spiller noen rolle for grad av stedstilhørighet (Lewicka, 2011). Noen studier peker på at verken innbyggernes individuelle eller områdets sosioøkonomiske status har noe å si for stedstilhørighet (Gilleard, Hyde & Higgs, 2007; Hidalgo & Hernández, 2001), mens Rollero og De Piccoli (2010) derimot fant en sammenheng mellom utdanningsnivå og stedstilhørighet, der de med lavest utdanning hadde sterkeste stedstilhørighet.

Hvilken tilhørighet mennesker har til eget nærmiljø er en viktig faktor for å bedre kunne forstå trivsel og livskvalitet (Horelli, 2006). Men det kan også være slik at følelsen av trivsel og livskvalitet i seg selv bidrar til tilhørighet og tilknytning (Gilleard et al., 2007). Stedstilhørighet henger også sammen med deltagelse i lokale aktiviteter og det å være aktiv i sitt fysiske miljø (Rollero & De Piccoli, 2010). Meagher og Cheadle (2020) fant en sammenheng mellom en persons stedstilhørighet og god psykisk helse, mens lav grad av tilhørighet var assosiert med symptomer på depresjon, angst og stress.

2.5.3 Nærmiljøtilbud

Det er ikke bare subjektive og ikke-fysiske dimensjoner slik som trivsel og stedstilhørighet som har betydning for helse i et nabolag. Hvilke tilbud som finnes der har også mye å si for hvordan et nærmiljø oppleves av innbyggerne (Sirgy & Cornwell, 2002). Disse nærmiljøtilbudene kan være tilgang til grønne områder, møteplasser, sosial- og helsetjenester, god offentlig transport, barnehager og skoler, rimelige og godt vedlikeholdte boliger og dagligvarebutikker. Alle disse nærmiljøtilbudene er viktige faktorer for god psykisk helse (O'Campo et al., 2009). Flere studier har vist at tilgjengeligheten av grøntarealer i nabolaget har positiv betydning for den psykiske helsen blant annet fordi det kan ha en stressreducerende og styrkende effekt i seg selv og fordi det åpner for aktiv deltagelse i omgivelsene (Ihlebak, Aamodt, Aradi, Claussen & Thorén, 2017; Nutsford, Pearson & Kingham, 2013). Nærhet til grønne områder kan på denne måten virke som en buffer mot de negative helseeffektene som stressende livshendelser kan gi (van den Berg, Maas, Verheij & Groenewegen, 2010). En annen viktig ressurs både for det enkelte individet, men også for fellesskapet i nærmiljøet er møteplasser i det offentlige rom. Et rikt utvalg av møteplasser har positiv påvirkning både på livskvalitet til den enkelte og livet i nabolaget (Cattell, Dines, Gesler & Curtis, 2008). Disse rommene i nærmiljøet har vist seg å redusere stress og bidra til god helse og livskvalitet gjennom den sosiale verdien som den delte og kollektive bruken av disse møteplassene gir (Cattell et al., 2008). Kollektivtransport er også et av disse nærmiljøtilbudene som, spesielt for eldre, har det vist seg å ha en positiv effekt på

psykisk helse (Rambaldini-Gooding et al., 2021). Dette fordi det øker mobiliteten til denne aldersgruppen og bidrar dermed til å fremme sosial deltagelse. I tillegg til at disse fysiske trekkene ved et nærmiljø har betydning for den psykiske helsen, er de fysiske trekkene ved et nabolag også med på å skape trygghet i nærmiljøet.

2.5.4 Trygghet i nærmiljøet

Trygghet i nærmiljøet er en av de viktige trivselsskapende nærmiljøfaktorene. Følelsen av trygghet i et nabolag er subjektiv, den er kompleks og sammensatt av mange ulike faktorer (De Jesus, Puleo, Shelton & Emmons, 2010). Dette kan være faktorer som handler om den fysiske utformingen til nabolaget, kriminalitet i nabolaget eller faktorer relatert til det sosiale samholdet i nabolaget. Disse faktorene kan igjen påvirke hverandre. Den fysiske utformingen kan for eksempel ha betydning for grad av kriminalitet og frykt for dette i nabolaget (Lorenc et al., 2012). Det trenger ikke nødvendigvis være det objektive målet på kriminalitet i et område som avgjør om man oppfatter nabolaget sitt som trygt, men heller det enkelte individs oppfattelse av og frykt for kriminalitet, som avgjør hvor trygg man føler seg (Putrik et al., 2019). Et nabolag med høy grad av sosialt samhold blir oppfattet som tryggere enn et nabolag med lavt nivå av sosialt samhold (De Jesus et al., 2010). Forskning viser at det sosiale samholdet spesielt har betydning for de som har lav inntekt når det gjelder å føle seg trygg (De Jesus et al., 2010).

Det å føle seg trygg i nærmiljøet bidrar til god psykisk helse (Silva et al., 2016; Wang et al., 2019) og god helse generelt (Lovasi, Goh, Pearson & Breetzke, 2014). Det å være redd og å føle seg utrygg derimot, kan påvirke den psykiske helsen negativt og gi dårlig livskvalitet (Stafford, Chandola & Marmot, 2007). Det er også vist at for de som føler utrygghet kan det være vanskeligere å delta i helsefremmende fysiske og sosiale aktiviteter (Stafford et al., 2007). Man har for eksempel sett at trygghet er en forutsetning for å kunne dra nytte av den positive effekten grøntområder har for helsen (Weimann et al., 2017), og de positive effektene som fysisk aktivitet og sosialt samhold har på den psykiske helsen kan bli styrket av at man oppfatter nærmiljøet som trygt (Wang et al., 2019). De som oppfatter nærmiljøet som trygt oppfatter også tilværelsen som mindre stressende (Henderson, Child, Moore, Moore & Kaczynski, 2016) og dette gjelder spesielt for personer som har lav inntekt. Dette tyder på at oppfattet trygghet i nærmiljøet kan ha en buffereffekt på den psykiske helsen.

2.6 Sosiale faktorer

En annen helsedeterminant som har vist seg å være svært viktig for psykisk helse er de sosiale faktorene (Gallant, 2013). Sosiale faktorer består av mottak av sosial støtte og deltagelse i sosiale nettverk (Marmot, 2006). Sosial støtte defineres av Cobb (1976, s. 300) som «informasjon som gjør at man antar at noen bryr seg om en og er glad i en, at man blir verdsatt, og at man er medlem av et nettverk av gjensidige forpliktelser». Sosiale nettverk og sosial støtte gir positive helsegevinster. Et godt sosialt nettverk der man opplever stor grad av støtte, har positiv effekt på blant annet helse relatert atferd, opplevelse av sammenheng og opplevd mestringsevne (Gallant, 2013). Mangel på kontroll og lav sosial støtte og deltagelse derimot, har sterk påvirkning på sykdomsrisiko (Marmot, 2006).

Sosial støtte kan deles inn i to generelle områder: Strukturell sosial støtte og funksjonell sosial støtte (Grav, Hellzèn, Romild & Stordal, 2012). Strukturell sosial støtte handler om mengde, tetthet og frekvens av kontakter i nettverket, mens funksjonell støtte handler om støtten som er tilgjengelig i det sosiale nettverk. Funksjonell sosial støtte kan videre deles inn i mottatt og oppfattet sosial støtte der mottatt sosial støtte er faktisk mottatt, og oppfattet sosial støtte er tilgjengelig støtte når nødvendig (Grav et al., 2012). Den oppfattede sosial støtten er en subjektiv vurdering av individets oppfatning av forventet tilgjengelighet (Grav et al., 2012). De mest brukte beskrivende kjennetegnene ved funksjonell sosial støtte er emosjonell, instrumentell, informativ og bekreftende støtte (Langford, Bowsher, Maloney & Lillis, 1997). Emosjonell støtte betyr å få kjærlighet, omsorg, tillit og empati, instrumentell støtte handler om konkret hjelp i form av økonomisk støtte eller praktisk hjelp, mens informativ støtte er å få råd, forslag og anbefalinger og støtte til å løse problemer. Bekreftende støtte er når en får tilbakemeldinger, bekreftelse og evaluering på egne handlinger. Hver av disse egenskapene hjelper og beskytter den som mottar støtten og hver og en av de muliggjør en gjensidig støttende handling (Langford et al., 1997). Alle disse egenskapene til sosial støtte bidrar positivt til helse og velvære, trivsel og livskvalitet (Langford et al., 1997) og beskytter mot psykiske plager og lidelser (Cobb, 1976; Grav et al., 2012).

Det å ikke oppleve sosial støtte kan føre til at man føler seg ensom. Ensomhet er en subjektiv opplevelse og henger sammen med hvordan en selv oppfatter sine sosiale relasjoner (Hawkey & Cacioppo, 2010). Man kan leve et liv med liten grad av sosial kontakt uten å føle seg ensom, og man kan ha et rikt sosialt liv, men allikevel føle seg ensom. Ensomhet kan beskrives som en plagsom følelse forbundet med opplevelsen av at de sosiale relasjonene man har ikke dekker

de sosiale behovene (Hawkey & Cacioppo, 2010). Ensomhet er en større risikofaktor enn overvekt og fysisk inaktivitet for fortidlig død (Holt-Lunstad, 2018), og er således en faktor som er viktig å ta på alvor i folkehelsearbeidet. Flere studier har vist en sammenheng mellom ensomhet og forekomsten av hjerte-og karsykdommer, kroniske plager og dårlig psykisk helse (Leigh-Hunt et al., 2017; Richard et al., 2017). Det er også funnet at ensomhet er forbundet med livsstilsfaktorer som røyking, fysisk inaktivitet og usunt kosthold (Beutel et al., 2017; Richard et al., 2017). Dette viser at de som føler seg ensomme er mer utsatt for dårlig fysisk og psykisk helse enn de som ikke opplever ensomhet.

En annen viktig sosial faktor er deltagelse. De som deltar aktivt i samfunnslivet har bedre fysisk og psykisk helse enn de som er mindre deltagende i sosiale nettverk (Dalgard & Lund Håheim, 1998; Hyyppä & Mäki, 2003; Lee, Jang, Lee, Cho & Park, 2008; Lindström, Moghaddassi & Merlo, 2004; Nyqvist, Nygård & Steenbeek, 2014). Sosial deltagelse handler om at individer deler av sine ressurser med andre (Bukov, Maas & Lampert, 2002). Dette er ressurser som tid, ferdigheter, kompetanse og sosial kunnskap. Sosial deltagelse er relatert til hvor aktivt man tar del i sosiale aktiviteter (Lee et al., 2008). Dette kan være aktiviteter som frivillig-, politisk- eller organisasjonsarbeid, deltagelse i religiøse grupper, idrettslag, velforeninger eller hobbygrupper. Grad av deltagelse er assosiert med selvrapportert helse der de med høy grad av sosial deltagelse har en bedre helse enn de med lav sosial deltagelse (Lee et al., 2008; Lindström et al., 2004). Dalgard og Lund Håheim (1998) fant at lav deltagelse var assosiert med økt dødelighet, og tilsvarende er det funnet at de som deltar på kulturelle arrangementer lever lengre enn de som deltar sjelden (Konlaan, Bygren & Johansson, 2000). Det er også funnet at jevnlig deltakelse i ulike kulturelle eller kreative tilbud er forbundet med høyere livskvalitet og mindre angst og depresjon (Cuypers et al., 2012) Denne studien fant forøvrig at deltagelse var assosiert med god psykisk helse for både kvinner og menn, men effekten varierte med type og antall aktiviteter. Andre studier har funnet at kvinner og eldre har størst positiv helseeffekt av sosial deltagelse (Lee et al., 2008), og at sosial deltagelse påvirker den psykiske helsen til kvinner i større grad enn menn (Takagi, Kondo & Kawachi, 2013). Sosial støtte og deltagelse i sosiale nettverk styrker evnen til å håndtere krevende livssituasjoner og kan derfor være med på å øke helse og livskvalitet (Dalgard & Lund Håheim, 1998).

Som vi har sett er det mange faktorer i nærmiljøet som kan påvirke og har betydning for den psykiske helsen. Nærmiljøfaktorer som trivsel, stedstilhørighet, nærmiljøtilbud og trygghet er alle viktige, og disse faktorene påvirker også hverandre. Et godt nærmiljø legger også til rette

for sosiale faktorer som sosial støtte og nettverk gjennom deltakelse i samfunnslivet. Selv om det allerede er flere studier som har vist sammenhenger mellom disse faktorene og psykisk helse, så er det behov for mer kunnskap om hvordan faktorene virker sammen for å forklare psykisk helse i befolkningen.

3 Problemstilling

I folkehelseloven §1 (2012) står det at «folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse». Videre står det i §21 at «fylkeskommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i fylket og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne». I et folkehelseperspektiv kan det være nyttig både lokalt og nasjonalt å få et bidrag til å utvide forståelsen av hvilke faktorer som er helsefremmende i arbeidet for god psykisk helse i befolkningen. Det å studere ulike nærmiljø- og sosiale faktorer sammenheng med psykisk helse vil være i tråd med Helsedirektoratets (2014) anbefalinger om at man bør få mer kunnskap om hvordan forhold på livets ulike arenaer påvirker psykisk helse og livskvalitet. I denne oppgave skal jeg derfor undersøke om opplevde nærmiljøkvaliteter og sosiale faktorer er assosiert med selvrapportert psykisk helse blant befolkningen i Østfold.

På bakgrunn av dette vil min problemstilling være:

Er opplevde kvaliteter ved nærmiljøet og sosiale faktorer assosiert med selvrapportert psykisk helse hos voksne i Østfold?

Til denne problemstillingen har jeg følgende forskningsspørsmål:

- a) Er det en sammenheng mellom opplevd trivsel, stedstilhørighet, nærmiljøtilbud og trygghet i nærmiljøet og selvrapportert psykisk helse?
- b) Er det en sammenheng mellom grad av sosial støtte, ensomhet og deltagelse og selvrapportert psykisk helse?

Fordi både nærmiljøfaktorer, sosiale faktorer og psykiske plager er assosiert med demografiske og sosioøkonomiske faktorer vil det være nødvendig å kontrollere for disse.

4 Metode

I dette kapitlet blir det redegjort for hvilken metode og fremgangsmåte som har blitt brukt for å svare på problemstillingen. Studiedesign, utvalg og studiepopulasjon, samt hvordan og hvilke data som har blitt samlet inn blir presentert. Videre beskrives de avhengige og uavhengige variablene, statistiske metoder og beskrivelse av etiske retningslinjer.

4.1 Studiedesign

Studiedesignet i denne oppgaven er en epidemiologisk tverrsnittstudie av innsamlede kvantitative data fra befolkningskartleggingen «Oss i Østfold 2019» utført av Østfold fylkeskommune (ØFK) i perioden april til juni 2019.

4.2 Utvalg og studiepopulasjon

Målpopulasjonen i studien «Oss i Østfold 2019» var personer i aldersgruppen 18-79 år bosatt i alle Østfolds kommuner, totalt 220 699 innbyggere. Utvalget var 89 740 e-postkoblede respondenter, relativt jevnt fordelt på kjønn og fem aldersgrupper. Totalt var det 16 559 respondenter i aldersgruppen 18 til 79 år som svarte på undersøkelsen. Respondenter yngre enn 25 år (n=1 694) ble fjernet siden det ble vurdert at denne aldersgruppen fortsatt var under utdanning og dette var en av variablene det skulle kontrolleres for. Dette ga en studiepopulasjon på n=14 865. Det ble videre laget et analytisk utvalg, der respondenter med manglende data for en eller flere av de variablene som skulle inkluderes i denne studien ble fjernet (n=2 859). Det endelige analytiske utvalget ble da på n=12 006.

4.3 Datainnsamling

Målgruppen ble identifisert av Folkeregisteret på bestilling fra ØFK og koblet opp mot kontaktregisteret til Direktoratet for forvaltning og IKT (nå Digitaliseringsdirektoratet) for å kunne sende ut spørreskjemaet på e-post. Datainnsamlingen ble gjennomført, med assistanse fra Kantar, i perioden april til juni 2019. Totalt var det 16 559 som besvarte undersøkelsen, dette tilsvarer en svarprosent på 18,5 av de utsendte invitasjonene.

Spørreundersøkelsen ble utarbeidet av Østfold Fylkeskommune, og bestod av 57 spørsmål i et strukturert spørreskjema med lukkede spørsmål. Spørsmålene var frittstående eller som en del av et måleverktøy relatert til helse, arbeid, kosthold, levevaner, fysisk aktivitet, støtte, nærområde og demografi (vedlegg 1). I denne studien ble kun de spørsmålene og

måleverktøyene som ble vurdert som relevante for å svare på problemstillingen benyttet. Disse vil nå bli beskrevet.

4.4 Avhengig variabel

4.4.1 Hopkin Symptom Checklist

Hopkin Symptom Checklist (HSCL) er et verktøy som måler psykisk helse (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth & Covi, 1974). Den består av en liste med utsagn som brukes til selvrapporing av psykiske symptomer på en rangeringsskala; ikke plaget (1), litt plaget (2), ganske mye plaget (3), og svært plaget (4). Listen har utviklet seg fra 1950-tallet og blir benyttet med ulikt antall spørsmål (Derogatis et al., 1974; Strand, Dalgard, Tambs & Rognerud, 2003). Utgaven med ti utsagn som ble brukt i denne oppgaven, HSCL-10, egner seg til epidemiologiske studier som et verktøy for å screene psykisk helse (Strand et al., 2003). HSCL-10 måler ikke en medisinsk diagnose, men registrerer psykiske plager mer generelt. Respondentene svarte på spørsmålet «I hvilken grad du har vært plaget den siste uken?» for hvert av de ti utsagnene: *1.Plutselig frykt uten grunn, 2.Føler deg redd eller engstelig, 3.Matthet eller svimmelhet, 4.Føler seg anspent eller oppjaget, 5.Lett for å klandre seg selv, 6.Søvnproblemer, 7.Nedtrykt, tungsindig, 8.Følelse av å være unyttig, lite verdt, 9.Følelse av at alt er et slit og 10.Følelse av håpløshet med hensyn til fremtiden.* En gjennomsnittsskår ble beregnet ut fra gjennomsnittssummen for alle de ti utsagnene. Respondenter som svarte på minimum fem av de ti spørsmålene ble inkludert i beregningen, der gjennomsnittsverdien av svarene ble brukt som verdi for manglende svar (Syed, Zachrisson, Dalgard, Dalen & Ahlberg, 2008). En gjennomsnittsverdi $\geq 1,85$ er brukt som grenseverdi for å predikere psykiske plager for HSCL-10 verktøyet (Strand et al., 2003). Variabelen ble dikotomisert basert på denne grenseverdien, der $< 1,85$ = ingen psykiske plager (0) og $\geq 1,85$ = psykiske plager (1).

4.5 Uavhengige variabler

De uavhengige variablene er delt inn i tre grupper: nærmiljøkvaliteter, sosiale faktorer og sosiodemografi.

4.5.1 Nærmiljøkvaliteter

Variablene som ble brukt for å måle nærmiljøkvaliteter var trivsel, stedstilhørighet, nærmiljøtilbud og trygghet.

Trivsel ble målt med spørsmålet «Hvordan trives du i nærmiljøet ditt?». Svaralternativene var «I stor grad», «I noen grad», «I liten grad» og «Ikke i det hele tatt». Her ble svaralternativene dikotomisert til «Ikke i det hele tatt/i liten grad» (0) og «I noen grad/i stor grad» (1).

Stedstilhørighet ble målt ved spørsmålet «I hvilken grad føler du at du hører til på stedet der du bor?» med svaralternativer på en kontinuerlig skala fra 0-10 med ytterpunktene «Føler ikke tilhørighet i det hele tatt» (0) og «Føler sterk grad av tilhørighet» (10).

Nærmiljøtilbud ble målt ved hjelp av en konstruert variabel basert på fem temaer relatert til tilbudet i nærmiljøet der det innledende spørsmålet var: «Når du tenker på bostedet og ditt nærområde, hva vil du si er bra eller dårlig». Disse temaene var: «Tilgjengelighet og utvalg av butikker», «Tilgjengelighet og utvalg av underholdnings- og kulturtilbud», «Tilgjengeligheten av grøntarealer», «Mulighetene for fritidsaktiviteter» og «Muligheten for å treffe folk» med svaralternativene «Bra» (1) eller «Dårlig» (0). Variabelen «nærmiljøtilbud» ble laget ved å konstruere en sumskår (0-5) av de fem temaene. Respondenter med minimum tre svar ble inkludert og verdien ble da beregnet ved å multiplisere gjennomsnittet med fem. Jo høyere verdi av den konstruerte variabelen jo bedre tilbudet i nærmiljøet.

Trygghet ble målt med spørsmålet «Alt i alt, hvor trygg føler du deg når du er ute og går i nærmiljøet ditt?» med svaralternativer på en kontinuerlig skala fra 0-10 med ytterpunktene «Ikke trygg i det hele tatt» (0) og «Svært trygg» (10).

4.5.2 Sosiale faktorer

Sosiale faktorer ble målt med variablene: sosial støtte, ensomhet og deltagelse.

Sosial støtte ble målt ved hjelp av Oslo-3 Social Support Scale (OSS-3) som er et måleverktøy som består av tre variabler som hver for seg og sammen kan indikere nivået av sosial støtte (Meltzer, 2003). De tre spørsmålsvariablene med svaralternativer er: 1.«Hvor mange personer står deg så nær at du kan regne med dem hvis du har store personlige problemer?» med svaralternativene «Ingen» (1), «1-2» (2), «3-5» (3), «6 eller flere» (4). 2. «Det å få praktisk hjelp fra naboer om du skulle trenge det, er det:» «Svært vanskelig» (1), «Vanskelig» (2), «Verken lett eller vanskelig» (3), «Lett» (4), «Svært lett» (5) og 3. «Hvor stor interesse viser folk for det du gjør?» «Ingen deltagelse og interesse» (1), «Liten deltagelse og interesse» (2), «Usikker» (3), «Noe deltagelse og interesse» (4), «Stor deltagelse og interesse» (5). Det ble

laget en sumskår av de tre variablene ved å summere verdiene til hvert av de tre spørsmålene (Bøen, Dalgard & Bjertness, 2012). Respondenter med minimum to svar ble inkludert og sumskåren ble da beregnet ved å multiplisere gjennomsnittet av de to verdiene med tre.

Sumskåren ble deretter kategorisert til tre kategorier: «Lav støtte» (1), hvis sumskår gikk fra 3 til 8, «moderat støtte» (2) med skår fra 9 til 11 og «høy støtte» (3) hvis skår gikk fra 12 til 14 (Bøen et al., 2012).

Ensomhet ble målt med spørsmålet: «Hvor ofte føler du at du savner noen å være sammen med?» med svaralternativene «aldri», «sjelden», «av og til», «ofte» og «svært ofte». Svaralternativene ble slått sammen til tre kategorier: «aldri/sjelden» (1), «av og til» (2) og «ofte/svært ofte» (3).

Deltakelse ble målt ved spørsmålet «Deltar du i foreningsliv, møtevirksomhet, styrer, kveldsskoler eller liknende i fritiden?». Denne variabelen ble dikotomisert til kategoriene «Nei» (0) for svaralternativet «Nei, aldri» og «Ja» (1) for svaralternativene «ja, men sjelden», «ja, 1-2 ganger i måneden», «ja, 1-2 ganger i uken» og «ja, daglig».

4.5.3 Demografiske og sosioøkonomiske variabler

Demografiske variabler ble målt ved kjønn, alder, sivil status og bosted.

Kjønn, alder og bosted var koblet med data fra folkeregisteret ved datainnsamlings-tidspunktet og var ikke egne spørsmål i spørreskjemaet. Alder ble kategorisert til tre grupper: «25-44» (1), «45-64» (2) og «65-79» (3) år. Variabelen sivil status hadde fire svaralternativer: «gift/registrert partner», «samboende», «har kjæreste (som du ikke bor sammen med)» og «enslig». Denne variabelen ble dikotomisert til: «gift/samboer/kjæreste» (0) og «enslig» (1). Variabelen bosted med de 18 kommunene ble dikotomisert til: bykommune (0) og landkommune (1). Kriteriene for å være en bykommune var at kommunen hadde bystatus. Følgende kommuner ble kategorisert som bykommune: Askim, Fredrikstad, Halden, Moss og Sarpsborg, mens Aremark, Eidsberg, Hobøl, Hvaler, Marker, Rakkestad, Rygge, Rømskog, Råde, Skiptvedt, Spydeberg, Trøgstad og Våler ble kategorisert som landkommune.

Sosioøkonomisk faktorer ble målt med variablene utdanning, arbeidsstatus og egenvurdert økonomisk situasjon.

Utdanning ble målt ved spørsmålet «Hva er din høyeste fullførte utdanning?» Denne hadde fire svarkategorier: «grunnskole/framhaldsskole/folkehøgskole», «Fagutdanning/realskole/videregående/gymnas», «Høyskole/universitet mindre enn 4 år» og «Høyskole/universitet 4 år eller mer» som under bearbeidingen av dataene ble slått sammen til tre kategorier: «grunnskole» (1), «videregående skole» (2) og «høyskole/universitet» (3).

Arbeidsstatus ble målt ved spørsmålet «Hva er din nåværende hovedaktivitet?» der svarkategoriene var delt inn i tolv svaralternativer: «Yrkesaktiv heltid», «Yrkesaktiv deltid», «Selvstendig næringsdrivende», «Sykemeldt», «Arbeidsledig», «Uføretrygdet», «Mottar sosialstønad», «Alders- og førtidspensjonist», «Skoleelev/student», «Vernepliktig/sivilarbeider», «Hjemmearbeidende» og «Annet». En ny variabel med fem kategorier ble laget: «Yrkesaktiv» (1) (hel og deltid, selvstendig næringsdrivende), «Ikke i arbeid» (2) (Sykemeldt, arbeidsledig, uføretrygdet, mottar sosialstønad), «Pensjonist» (3), «Student» (4) (skoleelev/student, vernepliktig/sivilarbeider) og «Hjemmearbeidende/annet» (5).

Egenvurdert økonomisk situasjon ble målt ved å spørre om «Hvor lett eller vanskelig er det for deg/dere å få pengene å strekke til i det daglige?» med svaralternativer på en 6-punkts skala fra «Svært vanskelig», «Vanskelig», «Forholdsvis vanskelig», «Forholdsvis lett», «Lett» til «Svært lett». Denne kategoriske variabelen ble slått sammen til fire nivåer: «svært lett/lett» (1), «forholdsvis lett» (2), «forholdsvis vanskelig» (3) og «vanskelig/svært vanskelig» (4).

4.6 Dataanalyse

Denne studien er en tversnittstudie der både beskrivende og analytisk statistikk blir benyttet for å presentere resultatene. IBM® SPSS® Statistics Version 27.0 ble benyttet til bearbeiding av data og statistisk analyse.

Beskrivende statistikk ble utført for å beskrive utvalget og kartlegge forekomst av psykiske plager. Pearson kji-kvadrat test ble brukt for å utforske sammenhengen mellom den avhengige variabelen (HSCL-10) og hver av de uavhengige kategoriske variablene. Yates' korreksjon ble benyttet for variablene som kun hadde to kategorier (Pallant, 2016). Forskjeller mellom gjennomsnittsverdier til de kontinuerlige variablene for de to gruppene $<1,85$ = ingen psykiske plager og $\geq 1,85$ = psykiske plager ble analysert ved hjelp av uavhengig t-test.

En trinnvis logistisk regresjon ble benyttet for å se på sammenhengen mellom nærmiljøkvaliteter, sosiale faktorer og selvrapportert psykisk helse. De uavhengige variablene ble introdusert i modellen i tre trinn. Variabler relatert til opplevde kvaliteter i eget nærmiljø ble introdusert i første trinn (blokk 1). I andre trinn (blokk 2) ble variablene relatert til sosiale faktorer introdusert og i det siste trinnet (blokk 3) ble sosioøkonomiske variabler lagt til. Test av multikolaritet mellom de uavhengige variablene ble utført for å kontrollere for mulige lineære sammenhenger mellom variablene som er inkludert i modellen, ingen multikolaritet ble oppdaget (VIF <1,5). Signifikansnivået ble satt til $p < 0,05$. Resultatene oppgis som Odds ratio (OR) med tilhørende 95% konfidensintervall (CI). Nagelkerke R Square oppgis for hvert av trinnene i modellen for å anslå hvor mye av variasjonen i psykisk plager som beskrives av modellen. Omnibus Test of Model Coefficient effekt ble brukt for å indikere om inklusjonen av blokkvariablene bidro signifikant til modellen. Reliabiliteten til HSCL-10 ble sjekket ved å beregne Chronbach's alpha koeffisienten for de ti spørsmålene i måleverktøyet.

4.7 Etiske retningslinjer og vurderinger

All medisinsk forskning skal følge etiske standarder som i følge Malterud (2017, s. 211) «skal fremme respekt for alle mennesker og beskytte deres helse og rettigheter». Dette er ivarettatt blant annet gjennom Forskningsetikkloven (2017) der det i §4 står at forskeren skal «sikre at all forskning skjer i henhold til anerkjente forskningsetiske normer». Helsinkideklarasjonen fra 1964 (sist oppdatert i 2013) er etiske retningslinjer som brukes over store deler av verden (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014) I disse retningslinjene står informert samtykke, at det forskningsetiske ansvaret er hos forskeren og hensynet til svært sårbare grupper sentralt. Respondentene fikk i e-postinvitasjonen informasjon om at det var frivillig å delta og at all informasjon anonymiseres og behandles konfidensielt i samsvar med gjeldende personvernregelverk (vedlegg 2). Det ble også informert om at opplysningene vil bli brukt til analyser og forskning. De etiske prinsippene i Helsinkideklarasjonen anses derfor ivarettatt i denne oppgaven. Datamaterialet til oppgaven inneholdt ikke medisinsk helsedata, det var derfor ikke nødvendig å sende søknad til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Svarene i spørreundersøkelsen regnes derimot som personopplysninger siden datamaterialet ikke var pseudonymisert i henhold til Norsk senter for forskningsdata, NSDs (2021) beskrivelse. Datamaterialet inneholdt indirekte personidentifiserende opplysninger som bostedskommune, alder, kjønn, utdanning, sivil status og inntekt. Meldeskjema for behandling av personopplysninger ble derfor sendt til NSD, Norsk senter for forskningsdata, den 05.11.2020 med referansenummer 559402. Søknaden ble behandlet

02.12.2020 med følgende vurdering: *«Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 2.12.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.»*

5 Resultater

I dette kapitlet blir resultatene fra denne kvantitative analysen presentert i tekst og tabeller fordelt på tre underkapitler. Først blir beskrivende statistikk av studiepopulasjonen og det analytiske utvalget presentert. Deretter presenteres bivariate sammenhenger mellom psykiske plager og hver av de ulike variablene, og til slutt blir resultatene fra den logistiske regresjonsmodellen presentert.

5.1 Deskriptiv statistikk

Tabell 1 og 2 gir en oversikt over deskriptiv statistikk for variablene for både studiepopulasjonen og det analytiske utvalget. I det analytiske utvalget var det noe høyere andel av de med høyskole/universitetsutdanning, de som var gift/samboer/kjæreste, yrkesaktive og de som i ulik grad synes det var lett å få pengene til å strekke til enn i studiepopulasjonen (tabell 1). Det var også generelt en tendens til noe høyere andel av positive utfall på variablene relatert til nærmiljøkvaliteter og sosial deltagelse i det analytiske utvalget (tabell 2). Det er kun dataene fra det analytiske utvalget som blir beskrevet videre.

Gjennomsnittsalderen til respondentene var 52 år (SD 14,9) og varierte fra 25 til 79 år. Det var litt flere kvinner (55,4 %) enn menn i utvalget, og respondentene fordelte seg med flest i aldersgruppen 45-64 år (40,4 %) og færrest i aldersgruppen 65-79 år (26,2 %) (tabell 1). Utdanningsnivået var generelt høyt med flest i gruppen med høyskole eller universitetsutdanning (52,1 %), mens det var 11,6 % som kun hadde grunnskole som høyeste fullførte utdanning. Hovedtyngden av respondentene var gift, samboer eller hadde kjæreste (81,1 %). Arbeidsstatus var fordelt med 61,2 % som yrkesaktive, 13,4 % var arbeidsledige, ufør eller mottagere av andre sosiale ytelser og 21,7 % var pensjonister. Litt over halvparten av respondentene bodde i en bykommune (58 %). Nesten en fjerdedel av de som deltok strevde i en eller annen grad med økonomien. Det var 13,4 % som opplevde det som forholdsvis vanskelig og 9,3 % som opplevde det svært vanskelig eller vanskelig å få pengene til å strekke til (tabell 1).

Tabell 1 Deskriptiv statistikk av studiepopulasjon og det analytiske utvalget for de demografiske og sosioøkonomiske variablene

| | <i>Studiepopulasjon</i> n=14865 n (%) | <i>Analytisk utvalg</i> n=12009 n (%) |
|------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Kjønn | | |
| Mann | 6527 (43.9) | 5360 (44.6) |
| Kvinne | 8338 (56.1) | 6649 (55.4) |
| Aldersgruppe | | |
| 25-44 | 4898 (32.9) | 4009 (33.4) |
| 45-64 | 5815 (39.1) | 4856 (40.4) |
| 65-79 | 4152 (27.9) | 3144 (26.2) |
| Utdanning | | |
| Grunnskole | 1822 (12.3) | 1391 (11.6) |
| Videregående skole | 5318 (35.8) | 4367 (36.4) |
| Høyskole/universitet | 7189 (48.4) | 6251 (52.1) |
| Manglende data | 536 (3.6) | |
| Sivil status | | |
| Gift/samboer/kjæreste | 11739 (79.0) | 9737 (81.1) |
| Enslig | 2812 (18.9) | 2272 (18.9) |
| Manglende data | 314 (2.1) | |
| Arbeidsstatus | | |
| Yrkesaktiv | 8555 (57.6) | 7357 (61.2) |
| Ikke i arbeid | 2109 (14.2) | 1607 (13.4) |
| Pensjonist | 3393 (22.8) | 2598 (21.7) |
| Student | 291 (2.0) | 226 (1.9) |
| Hjemmearbeidende/annet | 305 (2.1) | 221 (1.8) |
| Manglende data | 212 (1.4) | |
| Bosted | | |
| Bykommune | 8596 (57.8) | 6964 (58.0) |
| Landkommune | 6269 (42.2) | 5045 (42.0) |
| Få pengene til å strekke til | | |
| Svært lett/Lett | 5856 (39.4) | 8189 (43.2) |
| Forholdsvis lett | 4648 (31.3) | 4091 (34.1) |
| Forholdsvis vanskelig | 1854 (12.5) | 1610 (13.4) |
| Svært vanskelig/vanskelig | 1411 (9.5) | 1119 (9.3) |
| Manglende data | 1096 (7.4) | |

Generelt sett ser det ut som de fleste var fornøyd med kvaliteter ved eget nærmiljø (tabell 2). De aller fleste svarte at de trivdes i nærmiljøet sitt, kun 3,4 % svarte at de ikke trivdes eller trivdes i liten grad. Stedstilhørighet hadde den relativt sett laveste gjennomsnittsverdien (7,69) av de kontinuerlige variablene, men dette resultatet viser allikevel at respondentene følte høy grad av stedstilhørighet. En gjennomsnittsverdi på 4,09 for nærmiljøtilbud viste at respondentene vurderte tilbudet i sitt nærmiljø som bra (tabell 2). Av de variablene som inngikk i nærmiljøtilbud var det en stor andel som syntes at tilgjengeligheten av grøntarealer (93,2 %), butikker (81,1 %) og mulighetene for fritidsaktiviteter (85,1 %) i nærområdet var bra (vedlegg 3). Det var derimot litt færre som vurderte tilgjengelighet og utvalg av underholdnings- og kulturtilbud (64,0 %) og møteplasser (55,3 %) som bra (vedlegg 3). Med en gjennomsnittsverdi på 9,09 for trygghet viste resultatene også at svært mange følte seg trygge i nærmiljøet sitt.

Det var en betydelig andel som scoret lavt på de sosiale faktorene (tabell 2). For variabelen sosial støtte havnet nesten en fjerdedel (22,8 %) av respondentene i gruppen med lav sosial støtte mens resten av respondentene var karakterisert av moderat sosial støtte (50,1 %) og høy sosial støtte (27,2 %). Av de tre variablene som inngikk i sosial støtte var det 2,6 % som ikke hadde noen personer som sto de nær, 18,2 % som syntes det var svært vanskelig eller vanskelig å få hjelp av naboer og 12,8 % som oppga at andre viste ingen eller liten interesse for det de gjorde (vedlegg 3). Det var 9,5 % som følte seg ensomme ofte eller svært ofte, og 38,9 % som ikke deltok i foreningsliv, møtevirksomhet, styrer, kveldsskoler eller liknende på fritiden.

Tabell 2 Deskriptiv statistikk av studiepopulasjon og det analytiske utvalget for nærmiljøkvaliteter og sosiale faktorer

| | <i>Studiepopulasjon</i> n=14865 | <i>Analytisk utvalg</i> n=12006 |
|-------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| | n (%) | n (%) |
| Trivsel i nærmiljøet | | |
| Trives ikke | 563 (3.8) | 412 (3.4) |
| Trives | 14049 (94.5) | 11594 (96.6) |
| Manglende data | 253 (1.7) | - |
| Stedstilhørighet ^a | 7.64 (2.52) | 7.69 (2.46) |
| Manglende data | 295 (2.0) | - |
| Nærmiljøtilbud ^a | 4.09 (1.27) | 4.09 (1.25) |
| Manglende data | 589 (4.0) | - |
| Trygghet ^a | 9.02 (1.59) | 9.09 (1.50) |
| Manglende data | 212 (1.4) | - |
| Sosial støtte | | |
| Lav sosial støtte | 3490 (23.5) | 2732 (22.8) |
| Moderat sosial støtte | 7113 (47.9) | 6010 (50.1) |
| Høy sosial støtte | 3749 (25.2) | 3264 (27.2) |
| Manglende data | 513 (3.5) | - |
| Ensomhet | | |
| Aldri/sjelden | 9387 (63.1) | 7824 (65.2) |
| Av og til | 3803 (25.6) | 3038 (25.3) |
| Ofte/svært ofte | 1484 (10.0) | 1144 (9.5) |
| Manglende data | 191 (1.3) | - |
| Deltagelse | | |
| Nei | 5946 (40.0) | 4676 (38.9) |
| Ja | 8672 (58.3) | 7330 (61.1) |
| Manglende data | 247 (1.7) | - |

^agj.sn (SD)

5.2 Psykiske plager og bivariate sammenhenger

Chronbach's alpha koeffisienten for de ti spørsmålene i HSCL-10 måleverktøyet var $\alpha = 0,91$ noe som indikerte en høy intern konsistens. Gjennomsnittsverdien for HSCL-10 for det analytiske utvalget var 1,50 ($SD \pm 0,56$) og medianen var 1,30. Totalt sett var det 20,5 % av respondentene som rapporterte psykiske plager ($HSCL-10 \geq 1,85$).

Det var signifikante bivariate sammenhenger ($p < 0,001$) mellom alle de uavhengige variablene og psykiske plager bortsett fra for bosted der det ikke ble funnet noen signifikant sammenheng (tabell 3). Ved å sammenlikne de to gruppene med og uten psykiske plager viste resultatene at andelen av kvinner var høyere i gruppen med psykiske plager enn uten (61,3 % mot 53,9 %). Aldersfordelingen i de to gruppene var også noe ulik. Det var en høyere andel av aldersgruppen 25-44 år i gruppen med psykiske plager enn gruppen uten (43,9 % mot 30,7 %) og en lavere andel av aldersgruppen 65-79 år (16,1 % mot 28,8 %) (tabell 3).

Resultatene viste at i gruppen med psykiske plager var det en større andel av de som hadde lav utdanning, var utenfor arbeidslivet og opplevde en vanskelig økonomisk situasjon sammenlignet med gruppen uten psykiske plager (tabell 3). Spesielt var det en markant høyere andel som var arbeidsledige, uføre eller mottakere av sosial hjelp i gruppen som rapporterte psykiske plager (37,3 %) sammenliknet med gruppen uten psykiske plager (7,3 %). De som hadde det vanskelig eller svært vanskelig med å få pengene til å strekke til utgjorde også en høyere andel av gruppen med psykiske plager (23,8 %) sammenlignet med de som ikke hadde psykiske plager (7,3 %) Det var også en høyere andel enslige (28,0 %) blant de med psykiske plager enn de uten (16,6 %) (tabell 3).

Tabell 3 Assosiasjoner mellom sosiodemografiske variabler og psykiske plager. Gruffeforskjeller analysert med Pearsons Kji-kvadrat test, n=12006

| Variabler | HSCL-10 | HSCL-10 | <i>p</i> |
|------------------------------|---------|---------|----------|
| | <1.85 | ≥ 1.85 | |
| | % | % | |
| Alle | 79.5 | 20.5 | |
| Kjønn | | | |
| Mann | 46.1 | 38.7 | <0.001 |
| Kvinne | 53.9 | 61.3 | |
| Aldersgruppe | | | |
| 25-44 | 30,7 | 43,9 | <0.001 |
| 45-64 | 40.5 | 40.0 | |
| 65-79 | 28.8 | 16.1 | |
| Utdanning | | | |
| Grunnskole | 10.0 | 17.8 | <0.001 |
| Videregående skole | 35.1 | 41.3 | |
| Høyskole/universitet | 54.9 | 40.9 | |
| Sivil status | | | |
| Gift/samboer/kjæreste | 83.4 | 72.0 | <0.001 |
| Enslig | 16.6 | 28.0 | |
| Arbeidsstatus | | | |
| Yrkesaktiv | 65.4 | 44.7 | <0.001 |
| Ikke i arbeid | 7.3 | 37.3 | |
| Pensjonist | 24.0 | 12.6 | |
| Student | 1.5 | 3.3 | |
| Hjemmearbeidende/annet | 1.8 | 2.1 | |
| Bosted | | | |
| Bykommune | 57.8 | 58.8 | 0.389 |
| Landkommune | 42.2 | 41.2 | |
| Få pengene til å strekke til | | | |
| Svært lett/lett | 48.8 | 21.7 | <0.001 |
| Forholdsvis lett | 34.7 | 31.5 | |
| Forholdsvis vanskelig | 10.9 | 23.1 | |
| Svært vanskelig/vanskelig | 5.6 | 23.8 | |

Det var signifikante bivariate sammenhenger ($p < 0,001$) mellom alle nærmiljøvariablene og psykiske plager (tabell 4). I gruppen med psykiske plager var det en høyere andel som ikke trivdes i nærmiljøet sitt (10,5 %) enn i gruppen uten psykiske plager (1,6 %). I gruppen med psykiske plager var gjennomsnittsskår for stedstilhørighet (6,48) lavere enn for gruppen uten plager (8,01), og det samme mønsteret ble funnet for nærmiljøtilbud (3,71 mot 4,19) og trygghet i nærmiljøet (8,29 mot 9,27) sammenliknet med gruppen uten psykiske plager (tabell 4).

Grad av sosial støtte, ensomhet og deltakelse var også assosiert med psykiske plager (tabell 4). I gruppen med psykiske plager var det en betydelig høyere andel av de som opplevde lav sosial støtte (46,1 % mot 16,7 %) og færre med høy sosial støtte (13,0 % mot 30,8 %) sammenliknet med de som ikke hadde psykiske plager. Tilsvarende var det en høyere andel for de som ofte eller svært ofte var ensomme (26,2 % mot 5,2 %) og som ikke deltok i foreningsliv, møtevirksomhet, styrer, kveldsskoler eller liknende på fritiden (54,8 % mot 34,9 %) i gruppen med psykiske plager.

Tabell 4 Assosiasjoner mellom nærmiljøkvaliteter og sosiale faktorer og psykiske plager. Gruffeforskjeller analysert med Pearsons Kji-kvadrat test og uavhengig t-test, n=12006

| Variabler | <1.85 | ≥ 1.85 | p |
|--------------------------------|-------------|-------------|--------|
| | n=9546 | n=2460 | |
| | % | % | |
| Trivsel i nærmiljøet | | | |
| Trives ikke | 1.6 | 10.5 | <0.001 |
| Trives | 98.4 | 89.5 | |
| Stedstilhørighet ^{ab} | 8.01 (2.24) | 6.48 (2.88) | <0.001 |
| Nærmiljøtilbud ^{ac} | 4.19 (1.18) | 3.71 (1.45) | <0.001 |
| Trygghet ^{ab} | 9.27 (1.29) | 8.29 (1.98) | <0.001 |
| Sosial støtte | | | |
| Lav sosial støtte | 16,7 | 46,1 | <0.001 |
| Moderat sosial støtte | 52.4 | 40.9 | |
| Høy sosial støtte | 30.8 | 13.0 | |
| Ensomhet | | | |
| Aldri/sjelden | 71.7 | 39.7 | <0.001 |
| Av og til | 23.0 | 34.1 | |
| Ofte/svært ofte | 5.2 | 26.2 | |
| Deltagelse | | | |
| Nei | 34.9 | 54.8 | <0.001 |
| Ja | 65.1 | 45.2 | |

^agj.sn (SD) ^brange 0-10, ^crange 0-5

5.3 Logistisk regresjonsanalyse

Tabell 5 viser resultatene fra den trinnvise logistiske regresjonsanalysen for sammenhengen mellom de ulike nærmiljøkvalitetene, sosiale faktorer og psykiske plager. Det var en signifikant sammenheng mellom de fire nærmiljøkvalitetene: trivsel, stedstilhørighet, nærmiljøtilbud og trygghet, og psykiske plager (OR= 0.43, 0.86, 0.87 og 0.79, $p<0,001$) i blokk 1 før de andre variablene ble inkludert i modellen, (tabell 5). Da blokk 2, med sosiale faktorer ble introdusert, endret OR seg noe, men alle nærmiljøfaktorene bidro fortsatt signifikant til å forklare psykiske plager. Ved introduksjon av de demografiske og sosioøkonomiske variablene i blokk 3 bidro ikke lengre nærmiljøtilbud signifikant til modellen, mens trivsel, stedstilhørighet og trygghet fortsatt bidro signifikant. Den fulle modellen viste at det var 0,64 ganger lavere odds for psykiske plager når man trives i nabolaget sammenliknet med å ikke trives i nabolaget. Det var 0,94 ganger lavere odds for psykiske plager med økende stedstilhørighet og 0,87 ganger lavere odds for psykiske plager med økende opplevelse av trygghet i nabolaget (tabell 5).

Økende grad av sosiale støtte var også signifikant assosiert med en reduksjon i odds ratio for psykiske plager. Det var henholdsvis 0,50 og 0,38 ganger lavere odds for psykiske plager når man hadde moderat eller høy grad av sosial støtte sammenliknet med lav sosial støtte (blokk 2). Ved å kontrollere for demografiske og sosioøkonomiske variabler (blokk 3) ble denne odds ratioen endret til henholdsvis 0,56 og 0,42. Økende grad av ensomhet ga en økt odds ratio for psykiske plager, og det var 3,76 ganger høyere odds for psykiske plager for de som ofte savnet noen å være sammen med sammenliknet med de som sjelden eller aldri savnet noen å være

sammen med. Det var 0,75 ganger lavere odds for psykiske plager for de som deltok i foreningsliv, møtevirksomhet, styrer, kveldsskoler eller liknende på fritiden sammenliknet med de som ikke deltok.

Den logistiske regresjonsmodellen som helhet forklarte 35,2 % av variasjonen i psykiske plager (tabell 5). Alle variablene bortsett fra nærmiljøtilbud, videregående skole som høyeste utdanning og arbeidsstatus som hjemmeverende ga et unikt statistisk signifikant bidrag til modellen. Den sterkeste prediktoren for psykiske plager basert på OR, var det å være arbeidsledig, ufør eller mottaker av sosial stønad som ga en fem ganger så stor odds for psykiske plager sammenliknet med de som var i arbeid når man kontrollerte for alle andre faktorer i modellen.

Tabell 5 Trinnvis logistisk regresjonsanalyse av assosiasjonen mellom psykiske plager (avhengig variabel) og nærmiljøkvaliteter, sosiale faktorer og sosiodemografiske variabler

| | Blokk 1 | | | Blokk 2 | | | Blokk 3 | | |
|------------------------------------|---------|-----------|--------|---------|-----------|--------|---------|-----------|--------|
| | OR | 95% CI | p | OR | 95% CI | p | OR | 95% CI | p |
| Trivsel i nærmiljøet ^a | 0.43 | 0.34-0.54 | <0.001 | 0.60 | 0.47-0.78 | <0.001 | 0.64 | 0.49-0.83 | <0.001 |
| Stedstilhørighet | 0.86 | 0.85-0.88 | <0.001 | 0.94 | 0.92-0.96 | <0.001 | 0.94 | 0.92-0.96 | <0.001 |
| Nærmiljøtilbud | 0.87 | 0.84-0.90 | <0.001 | 0.93 | 0.89-0.96 | <0.001 | 0.97 | 0.93-1.01 | 0.140 |
| Trygghet i nærområdet | 0.79 | 0.77-0.82 | <0.001 | 0.82 | 0.80-0.85 | <0.001 | 0.87 | 0.84-0.90 | <0.001 |
| Sosial støtte | | | | | | | | | |
| Lav sosial støtte | - | - | - | 1.00 | | | 1.00 | | |
| Moderat sosial støtte | - | - | - | 0.50 | 0.45-0.56 | <0.001 | 0.56 | 0.49-0.63 | <0.001 |
| Høy sosial støtte | - | - | - | 0.38 | 0.32-0.44 | <0.001 | 0.42 | 0.36-0.50 | <0.001 |
| Ensomhet | | | | | | | | | |
| Aldri/sjelden | - | - | - | 1.00 | | | 1.00 | | |
| Av og til | - | - | - | 1.87 | 1.67-2.09 | <0.001 | 1.77 | 1.56-2.00 | <0.001 |
| Ofte/svært ofte | - | - | - | 4.44 | 3.82-5.16 | <0.001 | 3.76 | 3.17-4.46 | <0.001 |
| Deltagelse ^b | - | - | - | 0.63 | 0.57-0.69 | <0.001 | 0.75 | 0.67-0.84 | <0.001 |
| Kjønn ^c | - | - | - | - | - | - | 1.16 | 1.03-1.29 | 0.010 |
| Aldersgruppe | | | | | | | | | |
| 25-44 | - | - | - | - | - | - | 1.00 | | |
| 45-64 | - | - | - | - | - | - | 0.78 | 0.68-0.88 | <0.001 |
| 65-79 | - | - | - | - | - | - | 0.59 | 0.46-0.75 | <0.001 |
| Sivil status ^d | - | - | - | - | - | - | 0.78 | 0.68-0.90 | <0.001 |
| Utdanning | | | | | | | | | |
| Grunnskole | - | - | - | - | - | - | 1.00 | | |
| Videregående skole | - | - | - | - | - | - | 0.90 | 0.76-1.06 | 0.203 |
| Høyskole/universitet | - | - | - | - | - | - | 0.75 | 0.63-0.89 | 0.001 |
| Arbeidsstatus | | | | | | | | | |
| Yrkesaktiv | - | - | - | - | - | - | 1.00 | | |
| Ikke i arbeid | - | - | - | - | - | - | 5.22 | 4.54-6.00 | <0.001 |
| Pensjonist | - | - | - | - | - | - | 1.35 | 1.06-1.73 | 0.017 |
| Student | - | - | - | - | - | - | 1.81 | 1.32-2.48 | <0.001 |
| Hjemmearbeidende/annet | - | - | - | - | - | - | 1.28 | 0.90-1.83 | 0.173 |
| Få pengene til å strekke til | | | | | | | | | |
| Svært lett/Lett | - | - | - | - | - | - | 1.00 | | |
| Forholdsvis lett | - | - | - | - | - | - | 1.45 | 1.28-1.66 | <0.001 |
| Forholdsvis vanskelig | - | - | - | - | - | - | 2.35 | 2.01-2.75 | <0.001 |
| Svært vanskelig/vanskelig | - | - | - | - | - | - | 2.54 | 2.12-3.05 | <0.001 |
| Nagelkerke R ² | | 0.138 | | | 0.244 | | | 0.352 | |
| Significance of block ^e | | <0.001 | | | <0.001 | | | <0.001 | |

N= 12006, OR= Odds Ratio, CI= Konfidens intervall, ^a 0=trives ikke, 1= trives, ^b 0= nei, 1= ja ^c 0=mann, 1= kvinne, ^d 0=Gift/samboer/kjæreste, 1= Enslig, ^eOmnibus Test of Model Coefficients,

6 Diskusjon

I dette kapittelet blir først en oppsummering av resultatene presentert. Videre blir resultater og funn relatert til de demografiske og sosioøkonomiske faktorene drøftet, og deretter sosiale faktorer og nærmiljøkvaliteter. Til slutt kommer et avsnitt om metodediskusjon der styrker og svakheter ved studien blir trukket frem.

6.1 Oppsummering av resultatene

Hovedfunnene i studien viste at opplevde kvaliteter ved nærmiljøet og sosiale faktorer var assosiert med selvrapportert psykiske helse. De som trivdes i nærmiljøet sitt, som følte tilhørighet til det, som syntes tilbudet i nærmiljøet var bra og som følte seg trygge hadde lavere forekomst av selvrapporterte psykiske plager enn de som ikke skåret høyt på disse kvalitetene ved nærmiljøet. Trivsel, stedstilhørighet og trygghet var alle variabler som var assosiert med redusert risiko for psykiske plager. Det å ikke oppleve sosial støtte, savne noen å være sammen med og ikke delta i aktiviteter på fritiden var også assosiert med psykiske plager. Økende grad av sosial støtte og deltagelse viste redusert risiko for psykiske plager mens økende grad av ensomhet var assosiert med høyere risiko for psykiske plager. Resultatene viste også at det var en sosial gradient i forekomsten av psykiske plager, der det var en høyere andel av de med lav sosioøkonomisk posisjon i gruppen med psykiske plager enn i gruppen uten psykiske plager.

6.2 Psykiske plager og sosiodemografiske faktorer

Forekomsten av psykiske plager i dette utvalget var på 20,5 %. Det er høyere enn tidligere studier i andre deler av landet, som har vist en prevalens i området 10-12 % ved bruk av HSCL-10 som verktøy for å måle psykiske plager ((Strand et al., 2003; Søgaard, Bjelland, Tell & Røysamb, 2003). En høyere forekomst i Østfold er ikke uventet siden fylket har skåret høyere enn landet forøvrig på denne indikatoren tidligere (Folkehelseinstituttet, 2021b).

Funnene i denne studien viste at det var en høyere andel kvinner enn menn i gruppen med psykiske plager sammenlignet med gruppen uten psykiske plager, og at denne forskjellen var signifikant ($p < 0,001$). Dette stemmer godt med andre studier som også rapporterte at kvinner har mer psykiske plager enn menn (Allen et al., 2014; Erdem et al., 2015; Kuehner, 2003; Strand et al., 2003). Årsakene til at det er slik kan være mange, men studier har pekt på at denne kjønnsforskjellen kan skyldes at kvinner har større ansvar i hjemmet (Matud, Bethencourt & Ibáñez, 2015), at kvinner har lavere posisjon i samfunnet og dårligere tilgang til helseressurser

(Afifi, 2007). Lorem, Schirmer, Wang og Emaus (2017) viste at alder i seg selv var en beskyttende faktor for psykiske plager når man har kontrollert for andre sykdommer. Til tross for at det ikke kontrollert for andre sykdommer i denne studien, stemmer dette godt med de bivarierte funnene som viste at de i den eldste aldersgruppen hadde en lav andelen i gruppen med psykiske plager enn i gruppen uten. Tilsvarende viste modellen at økende alder ga redusert risiko for psykiske plager. Funnene til Akhtar-Danesh og Landeen (2007) fant tilsvarende reduksjon i forekomst av depresjon med alder. I deres studie var det høyest forekomst av depresjon i aldergruppen 20-24 år og lavest blant de over 75 år.

Det var en høyere andel enslige i gruppen med psykiske plager enn i gruppen uten psykiske plager i de bivarierte analysene i denne studien. Dette er i tråd med resultatene til Silva et al. (2016) som i sin systematiske gjennomgang fant at det gjennomgående var dårligere psykiske helse blant de som var enslige. I tillegg er det funnet at sammenhengen mellom det å være enslig og psykiske plager er avhengig av de sosiale kvalitetene til nabolaget, der det å bo alene var sterkere assosiert med depresjon når den sosiale kvaliteten ved nabolaget var lav (Stahl, Beach, Musa & Schulz, 2017). Viertiö et al. (2021) fant i motsetning til tidligere systematiske gjennomganger ingen sammenheng mellom sivil status eller å bo alene og psykiske plager når det var kontrollert for en rekke arbeidsrelaterte og sosiale faktorer. I utvalget fra Østfold ble det funnet en sammenheng mellom sivil status og psykiske plager i modellen, men det kan være interessant å merke seg at denne sammenhengen viste at det var høyere risiko for psykiske plager når man var gift enn når man var enslig når alle andre faktorer var kontrollert for, inkludert sosial støtte og ensomhet. Dette kan være et tilfeldig funn, men det kan også indikere at det å være gift eller samboer ikke nødvendigvis medfører noen beskyttelse mot psykiske plager, når andre viktige variabler er kontrollert for. Det ble ikke funnet forskjeller i forekomst av psykiske plager mellom de som bodde i en bykommune og en landkommune. Dette står i kontrast til funn av Paykel, Abbott, Jenkins, Brugha og Meltzer (2003) som fant at de som bor urbant har dårligere psykisk helse enn de som bor landlig. Forklaringen på denne forskjellen kan skyldes at byene i Østfold er små, og at det derfor var relativt liten forskjell å bo i en landkommune og en by kommune. I Østfold kan man bo landlig selv om man bor i en bykommune eller man kan bo i en landkommune og allikevel ha kort vei til en by.

Sosioøkonomiske faktorerers betydning for psykisk helse har blitt undersøkt i mange studier, og i de fleste studier er det tydelig at disse faktorene har klare assosiasjoner med psykisk helse (Lorant et al., 2003). De som er plassert lavt i det sosioøkonomiske hierarkiet har dårligere

psykisk helse enn de med høyere sosioøkonomisk posisjon (Erdem et al., 2016; Lorant et al., 2003). Funnene i det analytiske utvalget bekrefter dette mønsteret. De bivariate analysene viste at det var en høyere andel av de med lav sosioøkonomisk posisjon blant de med psykiske plager enn de uten, og tilsvarende viste regresjonsmodellen at lav sosioøkonomisk posisjon var assosiert med økt risiko for selvrapporterte psykiske plager. En av forklaringene på den sosiale gradienten i psykisk helse kan være at de med lav sosioøkonomisk posisjon i større grad er utsatt for stressende livssituasjoner i tillegg til at de har færre ressurser for å håndtere dem (Dahl, Bergsli & van der Wel, 2014). Det er også vist at mangel på kontroll over mange viktige faktorer fører til stress over tid, som igjen kan føre til dårlig psykisk helse (Marmot, 2015). Utdanningsnivå er en av de sosioøkonomiske faktorene som har vist seg å være assosiert med dårlig psykiske helse (Dalgard, Mykletun, Rognerud, Johansen & Zahl, 2007; Kurtze, Eikemo & Kamphuis, 2012). Dette støttes av de bivariate analysene der det var en høyere andel av de med lav utdanning i gruppen med psykiske plager. Dalgard et al. (2007) forklarer denne sammenhengen mellom lav utdanning og psykiske plager blant annet med lav mestringsfølelse og mangel på kontroll. I modellen var det en signifikant lavere risiko for psykiske plager for de med høyskole og universitetsutdanning sammenlignet med de med grunnskoleutdanning. Det ble ikke funnet noen signifikante forskjeller mellom de med videregående utdanning og de med grunnskoleutdanning. Også når det gjelder arbeidsdeltakelse og inntekt, så er det er tidligere funnet sammenhenger mellom disse faktorene og psykisk helse. Silva et al. (2016) fant i sin systematiske gjennomgang at lav inntekt og arbeidsledighet var assosiert med dårlig psykiske helse. Dette stemmer godt med funnene i utvalget fra Østfold som viste at det var en betydelig høyere andel som var arbeidsledige, uføre eller mottakere av sosialstønad i gruppen som rapporterte psykiske plager sammenliknet med gruppen uten psykiske plager. Med økende økonomiske vanskeligheter var det også høyere risiko for psykiske plager. Det å ikke være i arbeid var den faktoren med aller høyest risiko for psykiske plager, og det var mer enn fem ganger høyere risiko for psykiske plager hvis man var uten arbeid. En forklaring på dette kan være at det å ikke være i arbeid fører til lavere selvfølelse, sosial isolasjon og lavere inntekt (Talala, Huurre, Aro, Martelin & Prättälä, 2008). Dette kan igjen føre til psykiske plager og lidelser. Resultatene fra studien av befolkningen i Østfold er på linje med en studie av Erdem et al. (2016) som fant at arbeidsledighet eller det å være i en vanskelig økonomisk situasjon økte risikoen for psykiske plager. Det er også viktig å understreke at det ikke er mulig å konkludere om hva som er årsak og hva som er virkning i denne tverrsnittsundersøkelsen. For forholdet mellom arbeidsdeltakelse og psykisk helse kan man også tenke seg en omvendt

kausaltet, der det er psykiske plager som er årsaken til lavere utdanning, frafall fra arbeidslivet og redusert mulighet til god økonomi (Dahl et al., 2014).

6.3 Sosiale faktorer

Som beskrevet i bakgrunnsdelen så er sosiale faktorer en viktig helsedeterminant for psykisk helse (Gallant, 2013). Sosiale faktorer består av mottak av sosial støtte og deltagelse i sosiale nettverk (Marmot, 2006). I denne undersøkelsen viste resultatene fra den logistiske regresjonsanalysen at høy grad av sosial støtte, lav grad av ensomhet og høy deltagelse var assosiert med redusert risiko for psykiske plager også etter at det var kontrollert for de demografiske og sosioøkonomiske variablene. Dette er i tråd med tidligere forskning som har vist at det å motta sosial støtte er assosiert med lavere forekomst av psykiske plager (Grav et al., 2012; Silva et al., 2016; Viertiö et al., 2021) og høyere trivsel og livskvalitet (Langford et al., 1997). Dette er fordi sosial kontakt og støtte er et grunnleggende menneskelig behov og et godt sosialt nettverk der man opplever stor grad av støtte har positiv effekt på blant annet helserelatert atferd, opplevelse av sammenheng og opplevd mestringsevne (Gallant, 2013). Sosial støtte er også rapportert å være en buffer mot psykiske plager (Cobb, 1976; Grav et al., 2012).

Sosial støtte og ensomhet handler om mye av det samme, men ensomhet ble allikevel inkludert som en selvstendig faktor i denne studien. Dette er fordi disse to faktorene ikke måler helt det samme. Ensomhet er en subjektiv opplevelse og henger sammen med hvordan en selv oppfatter sine sosiale relasjoner, og man kan ha liten grad av sosial kontakt uten å føle seg ensom (Hawkley & Cacioppo, 2010). De bivariante analysene av utvalget i Østfold viste at det var over 60 % av de med psykiske plager som i en eller annen grad hadde følt på ensomhet. Dette samsvarer med tidligere funn om at de som føler seg ensomme oftere har dårligere psykisk helse (Beutel et al., 2017; Richard et al., 2017). Det har også blitt rapportert at ensomhet er en av de viktigste faktorene for økt risiko for psykiske plager (Viertiö et al., 2021) Funnene i utvalget fra Østfold støtter dette, der ensomhet var den sosiale faktoren med høyest odds for psykiske plager og totalt sett den nest største risikofaktoren for psykiske plager etter det å ikke være i arbeid. Hvordan ensomhet påvirker helse forklarer Hawkley og Cacioppo (2010) ved å sammenlikne ensomhet med følelsen av utrygghet. De beskriver at ensomhet er forbundet med stress, pessimisme, bekymring og lav selvfølelse, og at dette blant annet skaper aktivering av neuroendokrine mekanismer som bidrar til en uheldig påvirkning på fysisk og psykisk helse.

En annen viktig prediktor for god helse har vist seg å være sosial deltagelse i organiserte grupper, foreningsliv og organisasjoner (Dalgard & Lund Håheim, 1998). De som deltar aktivt i samfunnslivet har bedre fysisk og psykisk helse enn de som er mindre deltagende i sosiale aktiviteter og nettverk (Lee et al., 2008; Lindström et al., 2004). Dette ble også funnet i utvalget fra Østfold. Det var en lavere risiko for psykiske plager for de som deltok i foreningsliv, møtevirksomhet, styrer, kveldsskoler eller liknende på fritiden enn de som ikke deltok. Også her må man minne om at tverrsnittsstudier ikke kan si noe om kausalitet og det er derfor mulig at psykiske plager i seg selv førte til lav deltagelse. Men funnene kan tyde på at det å delta på aktiviteter kan ha en egen verdi utover å bidra til sosial støtte og mindre ensomhet, og er assosiert med god psykisk helse. Annen forskning har også vist at sosial deltagelse var en viktig mekanisme for tilhørighet til et nabolag, og at deltagelse i lokale grupper og foreninger var en forklarende faktor for sammenhengen mellom sosialt samhold i nabolaget og god psykiske helse (Elliott, Gale, Parsons & Kuh, 2014).

6.4 Kvaliteter ved nærmiljøet

En viktig dimensjon i denne undersøkelsen var nærmiljøkvaliteter. De sosiale, kulturelle, økonomiske, fysiske og miljømessige forholdene til et nærmiljø påvirker helse, velvære og trivsel til individene som bor og lever sine liv der (Barton & Grant, 2006). Et trygt nærmiljø med mulighet til å leve gode og aktive liv der man kan trives og bygge sosiale relasjoner over tid er viktig og bidrar til god psykisk helse (Buckner, 1988; Gallant, 2013; Leslie & Cerin, 2008).

Generelt sett følte respondentene en høy grad av trivsel i nærmiljøet, men det var en høyere andel av de som ikke trivdes i nærmiljøet i gruppen med psykiske plager, og modellen viste at det var lavere risiko for psykiske plager for de som trivdes i nærmiljøet. Dette stemmer godt med tidligere funn som har vist at trivsel henger sammen med psykisk helse (Leslie & Cerin, 2008). Det finnes en rekke eksempler på hvilke faktorer som skaper trivsel. Trivsel skapes blant annet av grønne områder, sosiale møteplasser, godt naboskap og sosiale nettverk (Hadavi et al., 2018; Howley et al., 2009; Leslie & Cerin, 2008). Andre har funnet at faktorer som skaper mistrivsel er forsøpling, høy trafikkbelastning, mangel på grønne områder og lekeplasser og liten tilgang til gode dagligvarebutikker (Howley et al., 2009). Det er altså tydelig at hvordan nærmiljøet er utformet henger sammen med trivsel. Bor man i områder med høy grad av trivselsskapende faktorer og enkel tilgang til fasiliteter trives man ofte godt (Barnett et al., 2020). En annen faktor som har vist seg å være en viktig trivselsskapende faktor er trygghet

(Leslie & Cerin, 2008). Funnene i denne undersøkelsen viste at respondentene opplevde en høy grad av trygghet i nærmiljøet, og dette kan ha bidratt til den høye trivselen blant respondentene. Det ble funnet en signifikant sammenheng mellom grad av trygghet og psykiske plager og økende grad av trygghet reduserte risikoen for å slike plager. Dette er også rapportert tidligere og Wang et al. (2019) fant at de som oppfattet nærmiljøet som trygt hadde bedre psykisk helse enn de som oppfattet det som utrygt. Dette forklarte Henderson et al. (2016) med at de som oppfatter nærmiljøet som trygt oppfatter også tilværelsen som mindre stressende. En annen forklaring kan være at trygghet bidrar til opplevelsen av sammenheng og dermed er med på å påvirke den psykiske helsen positivt (Antonovsky, 1987).

Stedstilhørighet er en annen viktig faktor som beskriver kvaliteter ved nærmiljø. Det er generelt mye forskningslitteratur som omhandler stedstilhørighet, men det er funnet få studier som ser på sammenhengen mellom stedstilhørighet og psykisk helse. Meagher og Cheadle (2020) fant en sammenheng mellom en persons tilhørighet til hjemmet og god psykisk helse, noe som til en viss grad også kan indikere noe om betydningen av stedstilhørighet. I undersøkelsen av befolkningen i Østfold ble det funnet en klar sammenheng som viste at økende grad av stedstilhørighet signifikant reduserte risikoen for psykiske plager også etter at det var kontrollert for både sosiale, demografiske og sosioøkonomiske faktorer. Det er verdt å merke seg at stedstilhørighet ikke endret odds ratio når de demografiske og sosioøkonomiske variablene ble introdusert til modellen. Dette kan kanskje bety at stedstilhørighet er uavhengig av disse faktorene, og stemmer godt med funnene til Hidalgo og Hernández (2001) som viste at stedstilhørighet ikke henger sammen med sosioøkonomisk posisjon. Rollero og De Piccoli (2010) derimot, rapporterte at mennesker med lav utdanning hadde sterkere stedstilhørighet enn de med høyere utdanningsnivå i en studie av stedstilhørighet og stedsidentitet i en italiensk storby.

De fysiske trekkene ved nærmiljøet har også vist seg å ha betydning for den psykiske helsen (O'Campo et al., 2009). O'Campo et al. (2009) fant blant annet i sin studie at enkel tilgang til nærmiljøtilbud som møteplasser, kollektivtransport, matbutikker og skoler er viktige faktorer for god psykisk helse. Dette ble delvis bekreftet i det analytiske utvalget der det ble funnet at økende grad av nærmiljøtilbud ga lavere risiko for psykiske plager. Tilsvarende viste de bivariate analysene at det var en signifikant sammenheng ($p < 0,001$) mellom nærmiljøtilbud og psykiske plager. Denne sammenhengen var imidlertid ikke lengre signifikant da det i modellen ble kontrollert for sosiodemografiske faktorer. Selv om nærmiljøtilbud i den fulle modellen

ikke viste assosiasjoner med psykiske plager, så har tidligere forskning vist at nærmiljøtilbud er viktig for å skape trivsel (Hadavi et al., 2018; Howley et al., 2009; Leslie & Cerin, 2008), trygghet og sosialt samhold (De Jesus et al., 2010) som igjen har betydning for den psykiske helsen. Annen forskning har også vist at flere av enkeltelementene, spesielt møteplasser, grøntarealer og kulturtilbud har betydning for den psykiske helsen (Cattell et al., 2008; Cuypers et al., 2012; Ihlebæk et al., 2017). I utvalget fra Østfold skilte møteplasser seg ut der over 40 % av respondentene vurderte dette som dårlig. Møteplasser er en viktig ressurs for nærmiljøet (Cattell et al., 2008), og disse rommene har en positiv innvirkning på livskvalitet ved å redusere stress og bidra til sosial kontakt med andre. Tilgjengelighet og utvalg av underholdnings- og kulturtilbud skilte seg også ut med en relativt høy andel (36 %) som opplevde dette som dårlig. Studier har vist hvordan jevnlig deltakelse i ulike kulturelle eller kreative tilbud er forbundet med høyere livskvalitet og mindre angst og depresjon (Cuypers et al., 2012). Siden dette var en subjektiv vurdering av det fysiske tilbud i nærmiljøet er det en mulighet for at de med psykiske plager vurderte nærmiljøtilbudet som dårligere enn de uten psykiske plager selv om tilbudet i utgangspunktet var likt.

Det er interessant å se av resultatene i den logistiske regresjonsmodellen at kvalitetene ved nærmiljøet hadde betydning for den psykiske helsen også etter at man hadde kontrollert for alle de andre variabler som sosial støtte og nettverk, demografi og sosioøkonomi. Det viser at disse nærmiljøfaktorene har en verdi for den psykiske helsen til befolkningen uavhengig av andre variabler, og at man i det forebyggende helsearbeidet ved å ha fokus på det nærmiljøet vi lever i også vil kunne lykkes med å bedre den psykiske helsen til befolkningen.

6.5 Metodediskusjon

De neste avsnittene inneholder metodediskusjon, der styrker og svakheter ved studien vil bli drøftet.

6.5.1 Valg av studiedesign og metode

Hensikten med studien var å kartlegge sammenhengen mellom en rekke variabler og helseutfall i en populasjon. En tverrsnittstudie egner seg godt til å screene et stort antall mulig årsaker til god eller dårlig helse og dette studiedesignet anses derfor å være et hensiktsmessig valg. I en tverrsnittstudie ser man på sammenhengen mellom eksponering og utfall i et tverrsnitt av befolkningen. Formålet er å se på forekomst av helseatferd og helseutfall i en populasjon, og man ønsker derfor å velge respondenter til studien slik at resultatene kan generaliseres til hele

befolkningen (Webb, Bain & Page, 2017). Siden informasjon om eksponering (nærmiljøkvaliteter, sosial støtte og nettverk) og utfall (psykiske plager) var innhentet på samme tidspunkt kan man kun si noe om sammenhengen mellom variablene. Studiedesignet gir ikke grunnlag for å si noe om sammenhengen mellom variablene over tid og heller ikke noe om kausaliteten, altså hvilken retning sammenhengen har og man kan ikke skille årsak fra virkning (Webb et al., 2017).

I denne studien ble det benyttet data som allerede var samlet inn. Fordelen med dette var tilgangen til et større datamateriale som kanskje ikke hadde vært mulig å få på annen måte innenfor rammene av en masteroppgave. Ulempen er at det ikke var mulig å tilpasse spørsmålene til studiens problemstilling. Valget av variabler var derfor gitt utfra det datamaterialet som var samlet inn med en antagelse om at disse var tilstrekkelige for å besvare forskningsspørsmålene.

Årsaken til dårlig psykisk helse er kompleks og sammensatt av en rekke faktorer. Det er derfor mange andre variabler bidrar til å forklare psykiske plager som ikke er inkludert i denne studien. Modellen i denne studien forklarer kun 35,2 % av variasjonen i psykiske plager, noe som indikerer at flere andre faktorer også er med på å påvirke psykisk helse.

I en epidemiologisk studie ønsker man å finne assosiasjoner som faktisk er relatert til en bredere populasjon enn den som studeres. Det betyr at man ønsker å minimere muligheten for at resultatene viser en assosiasjon når det i virkeligheten ikke er en sammenheng (type I feil) eller at resultatene ikke viser en assosiasjon når det i virkeligheten er en sammenheng (type II feil) (Webb et al., 2017). Selv om det alltid vil være en risiko for type I og type II feil, dvs at det ikke kan utelukkes at denne studien har funnet assosiasjoner som ikke eksisterer i virkeligheten og motsatt, så er størrelsen på utvalget stort og man kan derfor anta at sannsynligheten for type II feil er relativ liten. Siden assosiasjoner som ble funnet i denne studien understøttes av annen forskningslitteratur styrker dette også at sammenhengene er valide.

6.5.2 Databehandling

Det ble vurdert som hensiktsmessig å dikotomisere enkelte variabler siden det er vanlig i denne type studie, men det er viktig å være klar over at det er anbefalt å ikke dikotomisere variablene (MacCallum, Zhang, Preacher & Rucker, 2002). Dikotomisering er å dele variablene inn i grupper basert på en skjønnsmessig eller statistisk vurdering. Dette kan føre til tap av

informasjon om individuelle forskjeller innen gruppen i tillegg til misklassifisering av enkelte individer. Eksempelvis ble variabelen «Deltagelse» dikotomisert til en «nei» og en «ja»-gruppe, der ja-gruppen var satt sammen av fire svaralternativer fra «ja, men sjelden», «ja, 1-2 ganger i måneden», «ja, 1-2 ganger i uken» og «ja, daglig». Her kan dikotomiseringen ha ført til tap av informasjon i variasjonen i psykiske plager mellom de som deltok i aktiviteter med ulik hyppighet. Psykiske plager ble dikotomisert ved bruk av gjennomsnittsverdien 1,85. Dette er basert på tidligere forskning for HSCL-10 (Strand et al., 2003) og er en vanlig måte å rapportere denne skalaen på. En grenseverdi på 1,85 er dokumentert å ha den samme prevalensraten som en grenseverdi på 1,75 for HSCL-25 (Strand et al., 2003). Men det er fortsatt en svakhet at man kan tape informasjon, da det er vanskelig å påstå at det er en forskjell mellom de som er like over og like under denne grenseverdien. For variablene ensomhet, utdanning, arbeidsstatus og økonomi der noen av svarkategoriene ble slått sammen må man også anta at noe informasjon har gått tapt, men at dette informasjonstapet har blitt noe begrenset siden det var flere kategorier som ble beholdt sammenliknet med de variablene som ble dikotomisert (Skovlund, 2017).

Regresjonsanalyse er et fornuftig verktøy når man er interessert i å relatere mulige forklaringsvariabler til en responsvariabel (Thoresen, 2017). Siden responsvariabelen i dette tilfellet var kategorisk ansees logistisk regresjon som et hensiktsmessig analyseverktøy fordi logistisk regresjon tillater at den avhengige variabelen er kategorisk og at de uavhengige variablene både kan være kategoriske og kontinuerlige (Pallant, 2016). Den logistiske regresjonsmodellen viste at alle blokkene bidro signifikant til å forklare fordelingen av psykiske plager. Nærmiljøkvalitetene alene (blokk 1) forklarte nærmere 14 % av variasjonen i psykiske plager. I blokk 2, der sosiale faktorer ble lagt til, økte forklaringsandelen til 24,4 %. Ved å legge til de demografiske og sosioøkonomiske faktorene i blokk 3 økte denne forklaringseffekten til modellen med ytterligere 10 %. Dette viser at alle blokkene bidro til å forklare fordelingen av psykiske plager, og disse var signifikante ($p < 0,001$).

Det er også en styrke at det ble testet for multikolaritet og at denne testen viste $VIF < 1,5$ for alle prediktorene. Siden alle disse hadde $VIF < 10$, så kan man anta at det ikke var lineære sammenhenger mellom de uavhengige variablene (Bergsaker, 2019).

6.5.3 Intern validitet og reliabilitet

Validitet sier noe om vi måler det vi ønsker å måle. Man kan skille mellom intern validitet, som er i hvilken grad resultatene er gyldige for det utvalget som studeres og ekstern validitet eller

generaliserbarhet (se avsnitt 6.5.4) som sier noe om resultatene kan overføres til andre kontekster (Webb et al., 2017). Reliabilitet sier noe om målemetoden er pålitelig, dvs om gjentatte målinger vil gi likt resultat fra gang til gang. Det er ønskelig at målingene skal ha høy validitet og reliabilitet.

Det er en styrke ved studien at det benyttes et validert måleverktøy som HSCL-10. Dette er et mye brukt verktøy for å måle psykiske plager i befolkningsundersøkelser (Strand et al., 2003). Verktøyet er lett å anvende og resultatene er enkle å tolke med en tydelig grenseverdi. Dette verktøyet er tidligere sammenliknet med HSCL-25 og andre tilsvarende verktøy for å måle psykiske plager og er funnet å være egnet til dette formålet (Strand et al., 2003). Korrelasjonen med HSCL-25 er høy (0,97), og dette styrker validiteten til HSCL-10 som et instrument for å måle psykiske plager i denne studien (Strand et al., 2003). Cronbachs alfa, α , har tidligere blitt målt til 0,88 (Strand et al., 2003). I denne studien var $\alpha = 0,91$, noe som bekrefter at reliabiliteten til verktøyet var høy også her. HSCL-10 vurderes derfor som et godt verktøy for å kunne måle psykiske plager i denne studien, og dataene på psykiske plager anses å ha god reliabilitet og validitet. Et annet måleverktøy som også ble benyttet var OSS-3, Oslo Social Support Scale. Dette er et anbefalt verktøy for å måle sosial støtte (Meltzer, 2003), og er et verktøy bestående av tre spørsmål som både er enkle å svare på for respondenten og å analysere i etterkant (Kocalevent et al., 2018). Siden dette måleinstrumentet har blitt benyttet i en rekke andre studier tidligere for å måle sosial støtte (Bøen et al., 2012; Dalgard et al., 2006) vurderes det som et godt verktøy for å måle sosial støtte. En annen styrke ved studien er at det ble benyttet standardiserte spørsmål som har blitt benyttet i andre folkehelseundersøkelser, og dette styrker reliabiliteten. Selv om det ble benyttet et strukturert spørreskjema med standardiserte måleverktøy og spørsmål fra tilsvarende studier er det en svakhet at enkelte av begrepene ikke var tydelig definert. Det er derfor en mulighet for at respondentene har svart på noe annet enn det man har ment å spørre dem om eller har tolket spørsmålet forskjellig. Et eksempel er spørsmålet relatert til stedstilhørighet som kan ha blitt oppfattet på flere måter. Spørsmålet var «I hvilken grad føler du at du hører til på stedet der du bor?» «Stedet» kan ha blitt tolket til byen, nabolaget eller egen bolig. Dette svekker validiteten til resultatene.

6.5.4 Generaliserbarhet og skjevheter i utvalget

Generaliserbarhet handler om i hvilken grad resultatene kan være pålitelige (reliable) slik at de kan anvendes på en større populasjon enn den som var med i studien. Dette er avhengig av hvor representativ studiepopulasjonen er for målpopulasjonen og hvor representativ

målpopulasjonen er for andre populasjoner (Webb et al., 2017). Man kan skille mellom to hovedkategorier av skjevheter i epidemiologiske studier. Det er skjevheter relatert til seleksjon av respondenter og skjevheter relatert til målingen av utfallet. Disse skjevhetene kan være tilfeldige eller systematiske (Webb et al., 2017).

Det ble tatt hensyn til at utvalget skal representere et tverrsnitt av befolkningen når invitasjonen om deltagelse ble sendt ut til målgruppen. Men man har ikke kontroll på den delen av utvalget som valgte å ikke delta i studien. Siden svarandelen kun var på 18,5 % kan dette ha skapt skjevheter i resultatene. Deltagelse var frivillig og de som deltok kan for eksempel ha vært personer med høy sosioøkonomisk status eller som er mer opptatt av helse enn den generelle befolkningen slik tidligere studier har vist (Korkeila et al., 2001; Søgaard, Selmer, Bjertness & Thelle, 2004). Det kan også være at de med psykiske plager ikke deltok fordi undersøkelsen inneholdt spørsmål som kan ha vært ubehagelige å ta stilling til, og dette kan ha ført til at det relativt sett var flere med god psykisk helse enn dårlig psykisk helse i utvalget. På denne måten kan utvalget være skjevt og forekomsten av psykiske plager kan potensielt ha vært lavere enn i den generelle befolkningen.

Selv om det er ønskelig at utvalget skal representere hele befolkningen vil en slik lav svarprosent kunne skape skjevheter og gjøre det problematisk å generalisere funnene (Webb et al., 2017). I det analytiske utvalget var det skjevheter i utdanningsnivå. Det var flere med høy utdanning (52 % mot 30 %) og færre med lav utdanning (12 % mot 27 %) sammenliknet med det som er representativt for befolkningen i Østfold (Folkehelseinstituttet, 2021a). Siden de med høy utdanning er funnet å ha bedre helse enn de med lav utdanning (Dalgard et al., 2007), kan dette derfor ha skapt en underrapportering i forekomst av psykiske plager. I tillegg var kvinner noe overrepresentert i studien (55,4 %) sammenliknet med Østfold generelt (49,9 %). I modellen ble det kontrollert for demografiske og sosioøkonomiske faktorer og dette vil til en viss grad kunne veie opp for eventuelle skjevheter. Dessuten er representativitet ikke like viktig når man sammenlikner to grupper i det samme utvalget, da det er vist at assosiasjonsstudier er mindre sårbare for utvalgsskjevheter (Rothman, 2012). Selv om resultatene i denne oppgaven kun reflekterer svarene til de som deltok i undersøkelsen er derfor grunn til å tro at sammenhengene kan tenkes å være generaliserbare til andre populasjoner.

En annen begrensing var antall manglende svar. For å kompensere for dette ble det laget et analytisk utvalg der respondenter med manglende svar ble fjernet. Det var generelt små

forskjeller mellom studiepopulasjonen og det analytiske utvalget. I det analytiske utvalget var det noe høyere andel med høyskole/universitetsutdannelse, de som var gift/samboer/kjæreste, yrkesaktive og de som i ulik grad synes det var lett å få pengene til å strekke til sammenliknet med studiepopulasjonen. Denne forskjellen anses som liten og har trolig ikke ført til betydelige skjevheter i resultatene. Det var generelt en noe høyere andel av de positive utfallene av variablene relatert til nærmiljøkvaliteter og sosial deltagelse i det analytiske utvalget. Det ble ikke gjort analyser på de respondentene med manglende svar som ble fjernet fra studien, og det er derfor ikke mulig å si noe om disse. Man kan anta at de kan ha representert en sårbar gruppe eller at de ikke svarte på alle spørsmålene fordi de ikke var relevante for dem eller at spørreskjemaet ble for omfattende.

7 Konklusjon og implikasjoner

I denne studien ble det funnet at nærmiljøet og sosiale faktorer er viktige dimensjoner som påvirker psykisk helse og uavhengig av demografiske og sosioøkonomiske faktorer. Det ble funnet at de som opplevde trivsel, stedstilhørighet og trygghet i nærmiljøet sitt hadde lavere risiko for psykiske plager. Likeledes ble det funnet at de som hadde høy grad av sosial støtte, som sjelden var ensomme og som deltok i aktiviteter også hadde lavere risiko for psykiske plager. I tillegg ble det funnet at det å ikke være i arbeid var den enkeltfaktoren som ga høyest risiko for psykiske plager.

Det å fremme god psykisk helse og trivsel og redusere de sosiale forskjellene i psykisk helse er sentrale satsningsområder både nasjonalt og internasjonalt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017; WHO, 2013). Helsedirektoratet (2014) har blant annet etterlyst mer kunnskap om hvordan forhold på livets ulike arenaer påvirker psykisk helse og livskvalitet. Årsaken til dårlig psykisk helse er kompleks og psykiske plager og lidelser er en folkehelseutfordring som det ikke finnes en enkel løsning på. Det kreves en bred kunnskapsforståelse og tverrfaglig samarbeid i det forebyggende og helsefremmende arbeidet for å kunne bedre den psykiske helsen i befolkningen. Denne studien har vist at kvaliteter ved nærmiljøet der vi lever og bor og tilbringer mye tid i livene våre har stor betydning for den psykiske helsen. Dette gir ny kunnskap som kan være viktig å ta med seg i planlegging av forbyggende og helsefremmende folkehelsearbeidet i norske kommuner, og viser at det er viktig å skape gode nærmiljø der alle opplever trivsel, tilhørighet og trygghet. Selv om det allerede finnes mye forskning som viser betydningen av sosiale faktorer for psykisk helse, så bidrar denne studien også til å vise at sosial støtte og mulighet til deltagelse i aktiviteter er viktig for den psykiske helsen. I det helhetlige folkehelsearbeidet er det viktig å inkludere og ha fokus på disse områdene.

Det er behov for mer forskning for å studere betydningen av nærmiljøkvaliteter og sosiale faktorer for psykisk helse over tid ved hjelp av longitudinelle studiedesign. Dette for å få et mer helhetlig bilde av hvordan de ulike faktorene henger sammen over tid, men også for å kunne si noe mer om kausale sammenhenger. Det vil også være behov for mer kunnskap om intervensjoner som kan øke nærmiljøkvaliteter og sosiale dimensjoner i lokalmiljøet, i tillegg til mer kunnskap om hvilke behov ulike grupper i befolkningen har for å oppleve nærmiljøet sitt som godt.

8 Litteraturliste

- Afifi, M. (2007). Gender differences in mental health. *Singapore Med J*, 48(5), 385-391.
- Akhtar-Danesh, N. & Landeen, J. (2007). Relation between depression and sociodemographic factors. *International Journal of Mental Health Systems*, 1(1), 4.
<https://doi.org/10.1186/1752-4458-1-4>
- Allen, J., Balfour, R., Bell, R. & Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry*, 26(4), 392-407.
<https://doi.org/10.3109/09540261.2014.928270>
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.
- Barnett, A., Van Dyck, D., Van Cauwenberg, J., Zhang, C. J. P., Lai, P. C. & Cerin, E. (2020). Objective neighbourhood attributes as correlates of neighbourhood dissatisfaction and the mediating role of neighbourhood perceptions in older adults from culturally and physically diverse urban environments. *Cities*, 107, 102879.
<https://doi.org/10.1016/j.cities.2020.102879>
- Barton, H. & Grant, M. (2006). A health map for the local human habitat. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 126(6), 252-253.
<https://doi.org/10.1177/1466424006070466>
- 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. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>
- Bergsaker, A. S. (2019). Statistisk analyse i SPSS. Hentet 27.05.2021 fra
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi2vaKsyenwAhVspIsKHSHPBDIOFjADegQIBBAD&url=https%3A%2F%2Fww.uio.no%2Ffor-ansatte%2Fkompetanse%2Ftema%2Fdata%2Fit-forskning%2Fspss%2Fspss2019_oppf.pdf&usg=AOvVaw1St19M0CzbaA1MhghH_o_y
- Beutel, M. E., Klein, E. M., Brähler, E., Reiner, I., Jünger, C., Michal, M., ... Tibubos, A. N. (2017). Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry*, 17(1), 97-97. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1262-x>
- Buckner, J. C. (1988). The development of an instrument to measure neighborhood cohesion. *American Journal of Community Psychology*, 16(6), 771-791.
<https://doi.org/10.1007/BF00930892>
- Bukov, A., Maas, I. & Lampert, T. (2002). Social participation in very old age: cross-sectional and longitudinal findings from BASE. Berlin Aging Study. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 57(6), P510-517.
<https://doi.org/10.1093/geronb/57.6.p510>
- 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), 27. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-12-27>
- Carlquist, E. (2015). *Well-being på norsk* (IS-2344). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra
https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/well-being-pa-norsk/Well-being%20p%C3%A5%20norsk.pdf/_attachment/inline/46a66c5f-e872-4e52-96b5-4ae1c95c5d23:488beb667da23e74e06e64a4e800417c2f205c90/Well-being%20p%C3%A5%20norsk.pdf

- Cattell, V., Dines, N., Gesler, W. & Curtis, S. (2008). Mingling, observing, and lingering: Everyday public spaces and their implications for well-being and social relations. *Health & place*, 14(3), 544-561. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2007.10.007>
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314. Hentet fra https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Fulltext/1976/09000/Social_Support_as_a_Moderator_of_Life_Stress.3.aspx
- Cuypers, K., Krokstad, S., Langaas Holmen, T., Skjei Knudtsen, M., Bygren, L. O. & Holmen, J. (2012). Patterns of receptive and creative cultural activities and their association with perceived health, anxiety, depression and satisfaction with life among adults: the HUNT study, Norway. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(8), 698. <https://doi.org/10.1136/jech.2010.113571>
- Dahl, E., Bergsli, H. & van der Wel, K. A. (2014). *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO-Strategy paper for Europe*. Institute for Futures Studies.
- Dalgard, O. S., Dowrick, C., Lehtinen, V., Vazquez-Barquero, J. L., Casey, P., Wilkinson, G., ... The, O. G. (2006). Negative life events, social support and gender difference in depression. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(6), 444-451. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0051-5>
- Dalgard, O. S. & Lund Håheim, L. (1998). Psychosocial risk factors and mortality: a prospective study with special focus on social support, social participation, and locus of control in Norway. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52(8), 476. <https://doi.org/10.1136/jech.52.8.476>
- Dalgard, O. S., Mykletun, A., Rognerud, M., Johansen, R. & Zahl, P. H. (2007). Education, sense of mastery and mental health: results from a nation wide health monitoring study in Norway. *BMC Psychiatry*, 7(1), 20. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-7-20>
- De Jesus, M., Puleo, E., Shelton, R. C. & Emmons, K. M. (2010). Associations between perceived social environment and neighborhood safety: Health implications. *Health & place*, 16(5), 1007-1013. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.06.005>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014). Helsinkideklarasjonen. Hentet 07.10.2020 fra <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H. & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral science*, 19(1), 1-15.
- Elliott, J., Gale, C. R., Parsons, S. & Kuh, D. (2014). Neighbourhood cohesion and mental wellbeing among older adults: A mixed methods approach. *Social Science & Medicine*, 107, 44-51. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.02.027>
- Erdem, Ö., Prins, R. G., Voorham, T. A. J. J., van Lenthe, F. J. & Burdorf, A. (2015). Structural neighbourhood conditions, social cohesion and psychological distress in the Netherlands. *European Journal of Public Health*, 25(6), 995-1001. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv120>
- Erdem, Ö., Van Lenthe, F. J., Prins, R. G., Voorham, T. A. J. J. & Burdorf, A. (2016). Socioeconomic Inequalities in Psychological Distress among Urban Adults: The Moderating Role of Neighborhood Social Cohesion. *PLoS One*, 11(6), e0157119. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157119>

- Eriksson, M. & Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(11), 938. <https://doi.org/10.1136/jech.2006.056028>
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health promotion international*, 23(2), 190-199. <https://doi.org/10.1093/heapro/dan014>
- Fernandez, R. M. & Kulik, J. C. (1981). A Multilevel Model of Life Satisfaction: Effects of Individual Characteristics and Neighborhood Composition. *American Sociological Review*, 46(6), 840-850. <https://doi.org/10.2307/2095082>
- Folkehelseinstituttet. (2005, 11.03.2015). Definisjoner: sosial ulikhet i helse. Hentet 08.03.2021 fra <https://www.fhi.no/hn/ulikhet/sosial-ulikhet-i-helse/>
- Folkehelseinstituttet. (2020a). Norgeshelsa statistikkbank - Helsetilstand Psykisk helse, indikatorer - Primærhelsetjenesten, brukere. Hentet 06.10.2020 fra http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/index.jsp?v=2&submode=ddi&study=http%3A%2F%2F10.1.5.31%3A80%2Fobj%2FfStudy%2FKUHRpsykisk-templat&cube=http%3A%2F%2F10.1.5.31%3A80%2Fobj%2FfCube%2FKUHRpsykisk-templat_C1&mode=documentation&top=yes
- Folkehelseinstituttet. (2020b, 04.03). Sosialt bærekraftige lokalsamfunn. Hentet 17.02.2021 fra <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/artikler/sosialt-barekraftige-lokalsamfunn/>
- Folkehelseinstituttet. (2021a). Norgeshelsa statistikkbank - Hentet 08.03.2021 fra <http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/>
- Folkehelseinstituttet. (2021b). Norgeshelsa statistikkbank - Helsetilstand Psykisk helse, indikatorer - Primærhelsetjenesten, brukere. Hentet 28.04.2021 fra http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/index.jsp?headers=AAR&stubs=GEO&stubs=SYKDOMSGRUPPE&stubs=ALDER&measure=common&GEOslice=0&layers=KJONN&layers=virtual&study=http%3A%2F%2F10.1.5.31%3A80%2Fobj%2FfStudy%2FKUHRpsykisk-templat&mode=cube&KJONNsubset=0&virtualsubset=Adjusted_value&KJONNslice=0&AARslice=2018_2018&virtualslice=Adjusted_value&ALDERslice=15_29&GEOsubset=0%2C01+-+50&ALDERsubset=45_74%2C15_29&v=2&AARsubset=2014_2014+-+2018_2018&SYKDOMSGRUPPEslice=PsykiskePlagerLidelser_Total&measuretype=4&cube=http%3A%2F%2F10.1.5.31%3A80%2Fobj%2FfCube%2FKUHRpsykisk-templat_C1&SYKDOMSGRUPPEsubset=PsykiskePlagerLidelser_Total%2CPsykiskeLidelser_Total+-+PsykiskePlager_Total&top=yes
- Folkehelseloven. (2012). Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) (LOV-2011-06-24-29). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-29>
- Forrest, R. & Kearns, A. (2001). Social Cohesion, Social Capital and the Neighbourhood. *Urban Studies*, 38(12), 2125-2143. <https://doi.org/10.1080/00420980120087081>
- Forskningsetikkloven. (2017). Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (forskningsetikkloven) (LOV-2017-04-28-23). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2017-04-28-23>
- Fryers, T., Melzer, D. & Jenkins, R. (2003). Social inequalities and the common mental disorders. A systematic review of the evidence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 38(5), 229-237. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0627-2>
- Fugelli, P. & Ingstad, B. (2001). Helse-slik folk ser det. *TIDSSKRIFT-NORSKE LAEGEFORNING*, 121(30), 3600-3604.

- Gallant, M. P. (2013). Social Networks, Social Support, and Health-Related Behavior. I L. R. Martin & M. R. DiMatteo (Red.), *The Oxford handbook of health communication, behavior change, and treatment adherence* (s. 305-322). New York: Oxford University Press.
- Gilleard, C., Hyde, M. & Higgs, P. (2007). The impact of age, place, aging in place, and attachment to place on the well-being of the over 50s in England. *Research on Aging*, 29(6), 590-605. <https://doi.org/10.1177/0164027507305730>
- Grav, S., Hellzèn, O., Romild, U. & Stordal, E. (2012). Association between social support and depression in the general population: the HUNT study, a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 21(1-2), 111-120. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03868.x>
- Hadavi, S., Kaplan, R. & Hunter, M. R. (2018). How does perception of nearby nature affect multiple aspects of neighbourhood satisfaction and use patterns? *Landscape Research*, 43(3), 360-379. <https://doi.org/10.1080/01426397.2017.1314453>
- Hawkey, L. C. & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. *Annals of behavioral medicine*, 40(2), 218-227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Mestre hele livet - Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)* (I-1180B). Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Folkehelsemeldinga - Gode liv i eit trygt samfunn* (Meld.St.19 (2018-2019)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>
- Helsedirektoratet. (2010). *Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle* (IS-1846).
- Helsedirektoratet. (2014). *Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet*. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/psykisk-helse-og-trivsel-i-folkehelsearbeidet/Psykisk%20helse%20og%20trivsel%20i%20folkehelsearbeidet.pdf/_/attachment/inline/c3e9d9e3-8a17-45ee-a66e-4ea6850789ee:236bae07e0b209e222ff1747dba9ad3336c813dd/Psykisk%20helse%20og%20trivsel%20i%20folkehelsearbeidet.pdf
- Henderson, H., Child, S., Moore, S., Moore, J. B. & Kaczynski, A. T. (2016). The influence of neighborhood aesthetics, safety, and social cohesion on perceived stress in disadvantaged communities. *American Journal of Community Psychology*, 58(1-2), 80-88. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12081>
- Hernández, B., Hidalgo, M. C. & Ruiz, C. (2021). Chapter 6: Theoretical and methodological aspects of research on place attachment. I L. C. Manzo & P. Devine-Wright (Red.), *Place attachment: Advances in theory, methods and applications* (2. utg., s. 95-110). Routledge.
- Hidalgo, M. C. & Hernández, B. (2001). PLACE ATTACHMENT: CONCEPTUAL AND EMPIRICAL QUESTIONS. *Journal of environmental psychology*, 21(3), 273-281. <https://doi.org/10.1006/jevp.2001.0221>
- Hjort, P. F. (1994). *Helse for alle! : foredrag og artikler 1974-93*. Statens institutt for folkehelse. Hentet fra http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2009061104063
- Holt-Lunstad, J. (2018). The Potential Public Health Relevance of Social Isolation and Loneliness: Prevalence, Epidemiology, and Risk Factors. *Public Policy & Aging Report*, 27(4), 127-130. <https://doi.org/10.1093/ppar/prx030>
- Horelli, L. (2006). Environmental human-friendliness as a contextual determinant for quality of life. *European Review of Applied Psychology*, 56(1), 15-22. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2005.02.012>

- Howley, P., Scott, M. & Redmond, D. (2009). Sustainability versus liveability: an investigation of neighbourhood satisfaction. *Journal of Environmental Planning and Management*, 52(6), 847-864. <https://doi.org/10.1080/09640560903083798>
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. v. d., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343, d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Hyypä, M. T. & Mäki, J. (2003). Social participation and health in a community rich in stock of social capital. *Health Education Research*, 18(6), 770-779. <https://doi.org/10.1093/her/cyf044>
- Ihlebaek, C., Aamodt, G., Aradi, R., Claussen, B. & Thorén, K. H. (2017). Association between urban green space and self-reported lifestyle-related disorders in Oslo, Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(6), 589-596. <https://doi.org/10.1177/1403494817730998>
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York, NY, US: Basic Books.
- Kawachi, I. & Berkman, L. (2000). Social cohesion, social capital, and health. *Social epidemiology*, 174(7).
- Keyes, C. L. M. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Kinge, J. M., Modalsli, J. H., Øverland, S., Gjessing, H. K., Tollånes, M. C., Knudsen, A. K., ... Vollset, S. E. (2019). Association of Household Income With Life Expectancy and Cause-Specific Mortality in Norway, 2005-2015. *JAMA*, 321(19), 1916-1925. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.4329>
- Kivimäki, M., Batty, G. D., Pentti, J., Shipley, M. J., Sipilä, P. N., Nyberg, S. T., ... Vahtera, J. (2020). Association between socioeconomic status and the development of mental and physical health conditions in adulthood: a multi-cohort study. *The Lancet Public Health*, 5(3), e140-e149. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30248-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30248-8)
- Kocalevent, R.-D., Berg, L., Beutel, M. E., Hinz, A., Zenger, M., Härter, M., ... Brähler, E. (2018). Social support in the general population: standardization of the Oslo social support scale (OSSS-3). *BMC Psychology*, 6(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0249-9>
- Konlaan, B. B., Bygren, L. O. & Johansson, S.-E. (2000). Visiting the cinema, concerts, museums or art exhibitions as determinant of survival: a Swedish fourteen-year cohort follow-up. *Scandinavian Journal of Public Health*, 28(3), 174-178. <https://doi.org/10.1177/14034948000280030501>
- Koplan, J. P., Bond, T. C., Merson, M. H., Reddy, K. S., Rodriguez, M. H., Sewankambo, N. K. & Wasserheit, J. N. (2009). Towards a common definition of global health. *The Lancet*, 373(9679), 1993-1995. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60332-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60332-9)
- Korkeila, K., Suominen, S., Ahvenainen, J., Ojanlatva, A., Rautava, P., Helenius, H. & Koskenvuo, M. (2001). Non-response and related factors in a nation-wide health survey. *European Journal of Epidemiology*, 17(11), 991-999. <https://doi.org/10.1023/A:1020016922473>
- Kosidou, K., Dalman, C., Lundberg, M., Hallqvist, J., Isacson, G. & Magnusson, C. (2011). Socioeconomic status and risk of psychological distress and depression in the Stockholm Public Health Cohort: A population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 134(1), 160-167. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.05.024>
- Krieger, N., Williams, D. R. & Moss, N. E. (1997). Measuring social class in US public health research: Concepts, methodologies, and guidelines. *Annual Review of Public Health*, 18, 341-378. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.18.1.341>

- Kuehner, C. (2003). Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(3), 163-174. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00204.x>
- Kurtze, N., Eikemo, T. A. & Kamphuis, C. B. M. (2012). Educational inequalities in general and mental health: differential contribution of physical activity, smoking, alcohol consumption and diet. *European Journal of Public Health*, 23(2), 223-229. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks055>
- Langford, C. P. H., Bowsher, J., Maloney, J. P. & Lillis, P. P. (1997). Social support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 95-100. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025095.x>
- Lee, H. Y., Jang, S.-N., Lee, S., Cho, S.-I. & Park, E.-O. (2008). The relationship between social participation and self-rated health by sex and age: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(7), 1042-1054. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.05.007>
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N. & Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, 152, 157-171. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>
- Leslie, E. & Cerin, E. (2008). Are perceptions of the local environment related to neighbourhood satisfaction and mental health in adults? *Preventive Medicine*, 47(3), 273-278. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2008.01.014>
- Lewicka, M. (2011). Place attachment: How far have we come in the last 40 years? *Journal of environmental psychology*, 31(3), 207-230. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2010.10.001>
- Lindström, M., Moghaddassi, M. & Merlo, J. (2004). Individual self-reported health, social participation and neighbourhood: a multilevel analysis in Malmö, Sweden. *Preventive Medicine*, 39(1), 135-141. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.01.011>
- Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P. & Ansseau, M. (2003). Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157(2), 98-112. <https://doi.org/10.1093/aje/kwfl82>
- Lorem, G. F., Schirmer, H., Wang, C. E. A. & Emaus, N. (2017). Ageing and mental health: changes in self-reported health due to physical illness and mental health status with consecutive cross-sectional analyses. *BMJ Open*, 7(1), e013629. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013629>
- Lorenc, T., Clayton, S., Neary, D., Whitehead, M., Petticrew, M., Thomson, H., ... Renton, A. (2012). Crime, fear of crime, environment, and mental health and wellbeing: Mapping review of theories and causal pathways. *Health & place*, 18(4), 757-765. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2012.04.001>
- Lovasi, G. S., Goh, C. E., Pearson, A. L. & Breetzke, G. (2014). The independent associations of recorded crime and perceived safety with physical health in a nationally representative cross-sectional survey of men and women in New Zealand. *BMJ Open*, 4(3), e004058. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004058>
- MacCallum, R. C., Zhang, S., Preacher, K. J. & Rucker, D. D. (2002). On the practice of dichotomization of quantitative variables. *Psychological methods*, 7(1), 19-40. <https://doi.org/10.1037/1082-989x.7.1.19>
- Mackenbach, J. P. (2015). Kap 2.3 Socioeconomic inequalities in health in high-income countries: the fact and the options s 106-126. I *Oxford textbook of global public health* (6. utg.). Oxford University Press.

- Mackenbach, J. P. (2019). Health inequalities in Europe. How does Norway compare? *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(6), 666-671.
<https://doi.org/10.1177/1403494819857036>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Manzo, L. C. & Devine-Wright, P. (Red.). (2021). *Place attachment: Advances in theory, methods and applications* (2. utg.)Routledge.
- Marmot, M. (2006). Status Syndrome A Challenge to Medicine. *JAMA*, 295(11), 1304-1307.
<https://doi.org/10.1001/jama.295.11.1304>
- Marmot, M. (2015). *Status syndrome : how your place on the social gradient directly affects your health* (New edition. utg.). London: Bloomsbury.
- Marmot, M., Kogevinas, M. & Elston, M. A. (1991). Socioeconomic status and disease. I B. Badura & I. Kickbusch (Red.), *Health promotion research : towards a new social epidemiology* (bd. 37, s. 113-146). Copenhagen: WHO. Regional Office for Europe.
- Matud, M. P., Bethencourt, J. M. & Ibáñez, I. (2015). Gender differences in psychological distress in Spain. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(6), 560-568.
<https://doi.org/10.1177/0020764014564801>
- Meagher, B. R. & Cheadle, A. D. (2020). Distant from others, but close to home: The relationship between home attachment and mental health during COVID-19. *Journal of environmental psychology*, 72, 101516. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2020.101516>
- Meltzer, H. (2003). Development of a common instrument for mental health, in Novisky and Gudex (eds.) EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys. I: IOS Press.
- NSD. (2021). Personvernordbok. Hentet 27.05.2021 fra
<https://www.nsd.no/personverntjenester/oppslagsverk-for-personvern-i-forskning/personvernordbok>
- Nutsford, D., Pearson, A. L. & Kingham, S. (2013). An ecological study investigating the association between access to urban green space and mental health. *Public Health*, 127(11), 1005-1011. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2013.08.016>
- Nyqvist, F., Nygård, M. & Steenbeek, W. (2014). Social capital and self-rated health amongst older people in Western Finland and Northern Sweden: a multi-level analysis. *Int J Behav Med*, 21(2), 337-347. <https://doi.org/10.1007/s12529-013-9307-0>
- O'Campo, P., Salmon, C. & Burke, J. (2009). Neighbourhoods and mental well-being: What are the pathways? *Health & place*, 15(1), 56-68.
<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2008.02.004>
- Oshio, T. & Urakawa, K. (2012). Neighbourhood satisfaction, self-rated health, and psychological attributes: A multilevel analysis in Japan. *Journal of environmental psychology*, 32(4), 410-417. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2012.07.003>
- Pallant, J. (2016). *SPSS Survival Manual. A step by step guide to data analysis using IBM SPSS*. (6. utg.)Open University Press.
- Paykel, E., Abbott, R., Jenkins, R., Brugha, T. & Meltzer, H. (2003). Urban-rural mental health differences in Great Britain: findings from the National Morbidity Survey. *International Review of Psychiatry*, 15(1-2), 97-107.
<https://doi.org/10.1080/0954026021000046001>
- Permentier, M., Bolt, G. & van Ham, M. (2010). Determinants of Neighbourhood Satisfaction and Perception of Neighbourhood Reputation. *Urban Studies*, 48(5), 977-996.
<https://doi.org/10.1177/0042098010367860>
- Putrik, P., van Amelsvoort, L., Mujakovic, S., Kunst, A. E., van Oers, H., Kant, I., ... De Vries, N. K. (2019). Assessing the role of criminality in neighbourhood safety feelings

- and self-reported health: results from a cross-sectional study in a Dutch municipality. *BMC Public Health*, 19(1), 920. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7197-z>
- Rambaldini-Gooding, D., Molloy, L., Parrish, A.-M., Strahilevitz, M., Clarke, R., Dubrau, J. M.-L. & Perez, P. (2021). Exploring the impact of public transport including free and subsidised on the physical, mental and social well-being of older adults: a literature review. *Transport Reviews*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/01441647.2021.1872731>
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K. & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge* (978-82-8082-878-1). Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>
- Richard, A., Rohrmann, S., Vandeleur, C. L., Schmid, M., Barth, J. & Eichholzer, M. (2017). Loneliness is adversely associated with physical and mental health and lifestyle factors: Results from a Swiss national survey. *PLoS One*, 12(7), e0181442. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181442>
- Rollero, C. & De Piccoli, N. (2010). Place attachment, identification and environment perception: An empirical study. *Journal of environmental psychology*, 30(2), 198-205. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2009.12.003>
- Rothman, K. J. (2012). *Epidemiology : an introduction* (2nd ed. utg.). Oxford: Oxford University Press.
- Scannell, L. & Gifford, R. (2010). Defining place attachment: A tripartite organizing framework. *Journal of environmental psychology*, 30(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2009.09.006>
- Seamon, D. (2021). Chapter 2: Place attachment and phenomenology: The dynamic complex of place. I L. C. Manzo & P. Devine-Wright (Red.), *Place attachment: Advances in theory, methods and applications* (2. utg., s. 29-44). Routledge.
- Silva, M., Loureiro, A. & Cardoso, G. (2016). Social determinants of mental health: A review of the evidence. *The European Journal of Psychiatry*, 30(4), 259-292.
- Sirgy, M. J. & Cornwell, T. (2002). How Neighborhood Features Affect Quality of Life. *Social Indicators Research*, 59(1), 79-114. <https://doi.org/10.1023/A:1016021108513>
- Skovlund, E. (2017). Dikotomisering av målevariabler–hva er prisen? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, (23/24). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0972>
- Stafford, M., Chandola, T. & Marmot, M. (2007). Association Between Fear of Crime and Mental Health and Physical Functioning. *American journal of public health*, 97(11), 2076-2081. <https://doi.org/10.2105/ajph.2006.097154>
- Stafford, M. & Marmot, M. (2003). Neighbourhood deprivation and health: does it affect us all equally? *International Journal of Epidemiology*, 32(3), 357-366. <https://doi.org/10.1093/ije/dyg084>
- Stahl, S. T., Beach, S. R., Musa, D. & Schulz, R. (2017). Living alone and depression: the modifying role of the perceived neighborhood environment. *Aging & Mental Health*, 21(10), 1065-1071. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1191060>
- Strand, B. H., Dalgard, O. S., Tambs, K. & Rognerud, M. (2003). Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic journal of psychiatry*, 57(2), 113-118. <https://doi.org/10.1080/08039480310000932>
- Syed, H. R., Zachrisson, H. D., Dalgard, O. S., Dalen, I. & Ahlberg, N. (2008). Concordance between Hopkins Symptom Checklist (HSCL-10) and Pakistan Anxiety and Depression Questionnaire (PADQ), in a rural self-motivated population in Pakistan. *BMC Psychiatry*, 8(1), 59. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-59>
- Søgaard, A. J., Bjelland, I., Tell, G. S. & Røysamb, E. (2003). A comparison of the CONOR Mental Health Index to the HSCL-10 and HADS. *Norsk epidemiologi*, 13(2), 279-284.

- Søgaard, A. J., Selmer, R., Bjertness, E. & Thelle, D. (2004). The Oslo Health Study: The impact of self-selection in a large, population-based survey. *International Journal for Equity in Health*, 3(1), 3. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-3-3>
- Takagi, D., Kondo, K. & Kawachi, I. (2013). Social participation and mental health: moderating effects of gender, social role and rurality. *BMC Public Health*, 13(1), 701. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-701>
- Talala, K., Huurre, T., Aro, H., Martelin, T. & Prättälä, R. (2008). Socio-demographic differences in self-reported psychological distress among 25-to 64-year-old Finns. *Social Indicators Research*, 86(2), 323-335.
- Thoresen, M. (2017). Logistisk regresjon–anvendt og anvendelig. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0309>
- United Nations. (2018, 03 May 2018). Mental health ‘neglected issue’ but key to achieving Global Goals, say UN chiefs. Hentet 25.09.2020 fra <https://www.un.org/sustainabledevelopment/blog/2018/05/mental-health-neglected-issue-but-key-to-achieving-global-goals-say-un-chiefs/>
- van den Berg, A. E., Maas, J., Verheij, R. A. & Groenewegen, P. P. (2010). Green space as a buffer between stressful life events and health. *Social Science & Medicine*, 70(8), 1203-1210. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.01.002>
- Viertiö, S., Kiviruuu, O., Piirtola, M., Kaprio, J., Korhonen, T., Marttunen, M. & Suvisaari, J. (2021). Factors contributing to psychological distress in the working population, with a special reference to gender difference. *BMC Public Health*, 21(1), 611. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10560-y>
- Vos, T., Lim, S. S., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi, M., Abbasifard, M., ... Murray, C. J. L. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1204-1222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
- Wang, R., Yuan, Y., Liu, Y., Zhang, J., Liu, P., Lu, Y. & Yao, Y. (2019). Using street view data and machine learning to assess how perception of neighborhood safety influences urban residents’ mental health. *Health & place*, 59, 102186. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2019.102186>
- Webb, P., Bain, C. & Page, A. (2017). *Essential epidemiology: an introduction for students and health professionals* (3. utg.) Cambridge University Press.
- Weimann, H., Rylander, L., van den Bosch, M. A., Albin, M., Skärbäck, E., Grahn, P. & Björk, J. (2017). Perception of safety is a prerequisite for the association between neighbourhood green qualities and physical activity: Results from a cross-sectional study in Sweden. *Health & place*, 45, 124-130. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2017.03.011>
- Whitehead, M. & Dahlgren, G. (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. *World Health Organization: Studies on social and economic determinants of population health*, 2, 460-474.
- WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. WHO Regional Office for Europe. Hentet fra <https://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>
- WHO. (2001). *The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope* (ISBN 9241562013). World Health Organization. Hentet fra <https://www.who.int/whr/2001/en/>
- WHO. (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. Geneva: World Health Organization. Hentet fra <https://apps.who.int/iris/handle/10665/89966>

- WHO. (2018, 30 March 2018). Mental health: strengthening our response. Hentet 25.09.2020 fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- WHO. (2020). Basic Documents. Hentet 24.02 2021 fra <https://apps.who.int/gb/bd/>
- WHO & Calouste Gulbenkian Foundation. (2014). *Social determinants of mental health*. Hentet fra https://www.who.int/mental_health/publications/gulbenkian_paper_social_determinants_of_mental_health/en/
- Williams, D. R. & Miller, B. A. (2021). Chapter 1: Metatheoretical moments in place attachment research: Seeking clarity in diversity. I L. C. Manzo & P. Devine-Wright (Red.), *Place attachment: Advances in theory, methods and applications* (2. utg., s. 13-28). Routledge.
- Øverland, S., Knudsen, A. K., Vollset, S. E., Kinge, J. M., Skirbekk, V. & Christophersen Tollånes, M. (2018). *Sykdomsbyrden i Norge 2016 - Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2016 (GBD 2016)* (Rapport 2018). Bergen/Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2018/sykdomsbyrden-i-norge-i-2016/>

Vedlegg 1

Oss i Østfold 2019 - Om undersøkelsen og spørreskjema

1. INNLEDNING

Oss i Østfold 2019 er en web-basert selvutvillingsundersøkelse rettet mot et utvalg av den voksne befolkningen i alle kommuner i Østfold fylke, iværksatt 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.⁶⁷

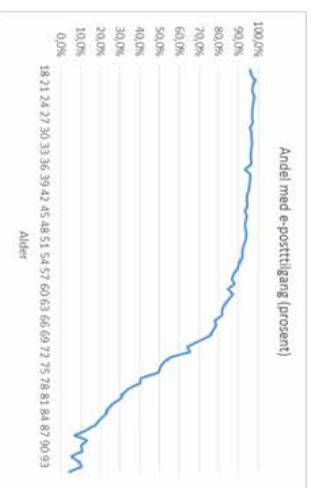
2. MÅLGRUPPE

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 220.659 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.⁶⁸ 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 er korrekte (gir «bounce») eller er duplikater.⁶⁹

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

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



⁶⁷ Østfold helseprofil 2011. Teknisk rapport september 2012. TNS Gallup, Milnøe.

⁶⁸ Ren web-basert tilsrubsjon ble bl.a. benyttet i Folkehelsekartleggingen i Hordaland 2017, basert på utsending med SMS eller e-post i hnt registrert kontaktpunkt (telefonintervju av underutvalg). Det er også benyttet til folkehelsekartlegginger i regi av Helsedirektoratet.

⁶⁹ Kantar gjennomfører Difi's innbyggerundersøkelse i 2017 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 stiger med alderen. (https://www.difi.no/sites/default/files/dokumentasjonsrapport/innbyggerundersokelsen_19.06.2017_u_vedlegg.pdf).

Figuren viser, for hver årsklasse, andelen kontaktbare innbyggere, dvs. personer med internetttilgang 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 svakest fysiske helsen / høyeste tilfredsheten med livet i sin alminnelighet. Tilsvarende vil estimatet basert på et rent digitalt utvalg kunne gi inntrykk av at helsestilstanden i hele befolkningens er bedre enn den faktisk er. Tidligere kartlegginger basert på både web- og ordinær postal datainsamling 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 insnevre 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 unødigg. Videre må utvalgsstørrelsen tilpasses kravene til estimatens 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 bydel, og for hver bydel i de største byene (Halden, Moss, Sarpsborg, Fredrikstad og Rygge).⁷⁰ For Akershus og Buskerud fylker var ønsket utvalg 1.000 respondenter i hvert fylke. Med utgangspunkt i erfaringstall for frafall under regiskoplinger 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

⁷⁰ ØFK ønsket utgangspunktet tilrettelagt samme utvalgsstørrelse som i 2011, med 8.900 respondenter per utvalgsområde. Responsen i befolkningsundersøkelsen var den gang om lag den dobbelte av hva man erfarer i dag, slik at utvalgsstørrelsene fra 2011 nå er vanskelige å oppnå.

befolkningsfordeling. Samtidig ville som nevnt kravet om e-posttilgang kunne påvirke respondenternes tilgjengelighet

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

| Kommune / fylke | Befolkning 18-79 år (N) | % | Antall strengt utvalg | Folkerestret- % | E-postkoplett utvalg | Estimert netto utvalg (20%) | Faktisk netto utvalg | Res-pens % | Forde- ling % |
|---------------------|-------------------------|-------|-----------------------|-----------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|------------|---------------|
| 101 - Halden | 23273 | 10,5 | 3 | 11812 | 10,9 | 1964 | 1661 | 16,9 | 10,0 |
| 104 - Moss | 24457 | 11,1 | 4 | 11269 | 10,4 | 9578 | 1816 | 19,0 | 11,0 |
| 105 - Soppskog | 41192 | 18,7 | 8 | 23056 | 26,8 | 23956 | 4791 | 17,6 | 25,5 |
| 106 - Fredrikstad | 60660 | 27,5 | 4 | 9089 | 8,4 | 7548 | 1381 | 18,3 | 8,3 |
| 111 - Hvaler | 3579 | 1,6 | 1 | 2813 | 2,6 | 2320 | 464 | 21,3 | 3,0 |
| 118 - Aremork | 1033 | 0,5 | 1 | 826 | 0,8 | 610 | 122 | 19,6 | 0,8 |
| 119 - Mørker | 2673 | 1,2 | 1 | 2247 | 2,1 | 1679 | 336 | 20,0 | 2,0 |
| 121 - Børnskog | 497 | 0,2 | 1 | 401 | 0,4 | 310 | 62 | 50 | 16,1 |
| 122 - Trøgstad | 4020 | 1,8 | 1 | 3329 | 3,1 | 2602 | 2,9 | 520 | 49,3 |
| 123 - Spydeberg | 4361 | 2,0 | 1 | 3548 | 3,3 | 2888 | 3,2 | 578 | 18,9 |
| 124 - Askim | 11820 | 5,4 | 1 | 4000 | 3,7 | 3368 | 3,8 | 674 | 58,8 |
| 125 - Edsberg | 8518 | 3,9 | 1 | 4000 | 3,7 | 3251 | 3,6 | 650 | 52,2 |
| 127 - Skjvetved | 2789 | 1,3 | 1 | 2328 | 2,1 | 1879 | 2,1 | 376 | 34,4 |
| 128 - Rokkestad | 6004 | 2,7 | 1 | 3871 | 3,6 | 3154 | 3,5 | 631 | 16,8 |
| 135 - Råde | 5519 | 2,5 | 1 | 3759 | 3,5 | 3137 | 3,5 | 627 | 18,2 |
| 136 - Rygge | 11996 | 5,4 | 3 | 9528 | 8,8 | 7953 | 8,9 | 1591 | 1706 |
| 137 - Våler (Østf.) | 4021 | 1,8 | 1 | 3317 | 3,1 | 2790 | 3,1 | 558 | 55,9 |
| 138 - Hobøl | 4247 | 1,9 | 1 | 3406 | 3,1 | 2899 | 3,2 | 580 | 57,1 |
| SUM | 220699 | 100,0 | 35 | 108599 | 100,0 | 89740 | 17948 | 16558 | 18,5 |
| 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 | | 108540 | 21108 | 19512 | 18,5 |

Med utgangspunkt i spesifikasjonene, ble det bestilt et utvalg hos Folkerestretet 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 folkerestretkoplett utvalg med 108.599 respondenter (Tabell 1). Reduksjonen relativt til bestillingen skyldes i det vesentligste manglende mulighet for å tilrettelegge den bestilte utvalgsutvalget blant de yngste under 25 år, ettersom befolkningsfordeling ikke tillot tilrettelegging av denne utvalgsutvalget (20%). Utvalgets regionale fordeling spiller ellers utvalgsplanen, og ønsket om å overrepresentere kommunene med bydelutvalg.

Kravet om tilgang til e-postadresser innebærer som nevnt ytterligere avgrensning. Antall e-postkoplede respondenter i Østfold utgjorde 89.740 stykk (83% av det folkerestretete utvalget). Det e-postkoplede utvalgets regionale fordeling avviker ellers ikke vesentlig fra det folkerestretete. Gitt denne utvalgsutvalget 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 føle en respons ned mot 15-16%, og samtidig produsere underutvalg med de ønskede 400 respondenterne 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 folkerestretkopleingen ingen ytterligere utvalgsavgrensninger. Etter e-postkopleingen 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 modifiseres vesentlig som følge av utvalgstilretteleggingen, selv om frafallet under særlig e-postkopleingen er betydelig. Spørsmålet er da hvilke konsekvenser kravet om e-posttilgang har for utvalgets alders- og kjønnsfordeling (Tabell V1.2).

Tabell V1.2. Befolkning, folkerestret- 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 |
| Kvinner | 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 - befolkningsrestretet (N=108.599): | | | | | | |
| Mann | 7,7 | 9,7 | 11,1 | 11,3 | 10,0 | 49,7 |
| Kvinner | 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 |
| Kvinner | 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 utvalgsregistrene (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 Folkerestretet. Det endelige folkerestretutvalget 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-postkopleingen 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 forhånds garanteres.⁷¹ Samtidig er det hensiktsmessig å sende invitasjoner ut i puljer, slik at man ikke sender flere invitasjoner enn hva som trengs for å oppnå de ønskede intervjuer i hver enkelt rapporteringskategori.

71. Eksempelvis var Responsen i Difi's innbyggerundersøkelse i 2017 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/pub/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 formattet 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. Medianintervjuet i web-utgaven er 17 minutter.⁷²

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 selvtelling*, 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.⁷³

5. DATAINNSAMLING

Ut over utvalgstillrettelleggingen, 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 innkomst, 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. Tilleggselig 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.*

⁷² Kopi av spørreskjemaet finnes vedlagt.

⁷³ Blant annet er folkehelseprofiler på både fylkes- og kommunenivå nå tilgjengelige som del av FHS informasjonarbeid.

- *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 kommunens hjemmesider.*
- *Lotteri blant deltakere med to pads som gevinster.*

Respons og frafall

Det tilrettelagte utvalget utgjorde som nevnt en base for utsendingen, der man suksessivt kunne hente ut tilfellig valgte respondenter etter behov. Totalt sett ble 97.641 invitasjoner sendt ut (Tabell V.1.3).

Tabell V.1.3 Respons og frafall. Antall.

| Status | Antall |
|---------------------------------------|--------|
| Utsendinger | 97.641 |
| Ugyldig adresse ("Bounce") | - |
| Ikke kontakt | 73.211 |
| Kontakt | 24.430 |
| Frafall: | |
| Ufullstendig utfylling | 4917 |
| Vii ikke delta - samtykkerreservasjon | 0 |
| Teknisk problem | 0 |
| Uanslått 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 søppepost, og anvendes derfor ikke.

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

Frafaller 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 vi ti, er det også interessant å se nærmere på hvordan frafallet ser ut, og om det representerer systematik:

- *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%).*

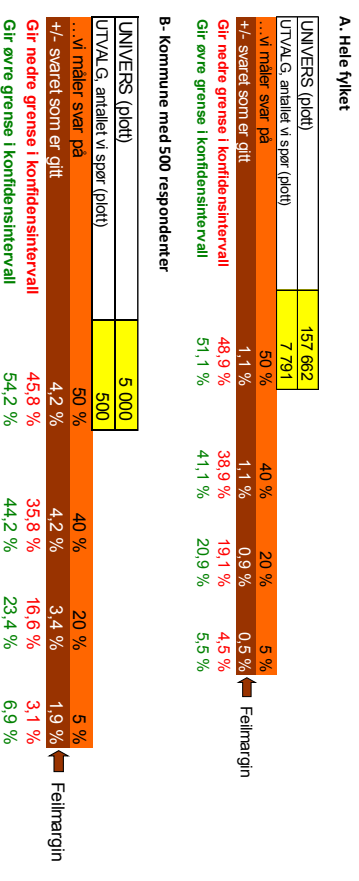
Tabell V1.7: Vektens størrelse etter fylke, alder og kjønn. Gjennomsnitt.

| | | Region | | | | | |
|---------|-----------|----------------|------------|-------|-------|------|-------|
| Kjønn | Fylke | Aksdalregionen | Mean | N | SD | | |
| Kvinner | Østlandet | 18-24 | 1,42 | 616 | 1,400 | | |
| | | 25-34 | 1,42 | 942 | 1,301 | | |
| | | 35-49 | 1,48 | 1514 | 1,039 | | |
| | | 50-66 | 1,16 | 2165 | ,875 | | |
| | | 67-79 | ,68 | 1090 | ,547 | | |
| | | Total | 1,12 | 7142 | 1,016 | | |
| | | Kvinner | Austlandet | 18-24 | 1,47 | 90 | ,090 |
| | | | | 25-34 | 1,63 | 76 | ,090 |
| | | | | 35-49 | 2,46 | 94 | ,090 |
| | | | | 50-66 | 1,14 | 192 | ,090 |
| 67-79 | ,36 | | | 281 | ,090 | | |
| Total | 1,69 | | | 706 | ,712 | | |
| Kvinner | Sørlandet | | | 18-24 | 1,27 | 64 | ,090 |
| | | | | 25-34 | 1,66 | 65 | ,090 |
| | | | | 35-49 | 1,77 | 116 | ,090 |
| | | | | 50-66 | 1,21 | 173 | ,090 |
| | | 67-79 | ,52 | 210 | ,090 | | |
| | | Total | 1,15 | 628 | ,598 | | |
| | | Kvinner | Total | 18-24 | 1,53 | 740 | 1,362 |
| | | | | 25-34 | 1,46 | 1083 | 1,175 |
| | | | | 35-49 | 1,56 | 1724 | 1,001 |
| | | | | 50-66 | 1,16 | 2533 | ,809 |
| 67-79 | ,63 | | | 2387 | ,518 | | |
| Total | 1,16 | | | 8477 | ,965 | | |
| Menn | Østlandet | | | 18-24 | ,80 | 1027 | ,705 |
| | | | | 25-34 | ,78 | 1644 | ,594 |
| | | | | 35-49 | ,97 | 2351 | ,714 |
| | | | | 50-66 | ,90 | 3728 | ,607 |
| | | 67-79 | ,33 | 1716 | ,482 | | |
| | | Total | ,87 | 8412 | ,684 | | |
| | | Menn | Austlandet | 18-24 | ,68 | 119 | ,090 |
| | | | | 25-34 | 1,25 | 98 | ,090 |
| | | | | 35-49 | 1,38 | 163 | ,090 |
| | | | | 50-66 | ,97 | 223 | ,090 |
| 67-79 | ,31 | | | 214 | ,090 | | |
| Total | ,92 | | | 817 | ,322 | | |
| Menn | Sørlandet | | | 18-24 | ,65 | 112 | ,090 |
| | | | | 25-34 | ,87 | 132 | ,090 |
| | | | | 35-49 | 1,17 | 167 | ,090 |
| | | | | 50-66 | 1,01 | 204 | ,090 |
| | | 67-79 | ,62 | 188 | ,090 | | |
| | | Total | ,89 | 803 | ,212 | | |
| | | Menn | Total | 18-24 | ,78 | 1308 | ,686 |
| | | | | 25-34 | ,81 | 1874 | ,566 |
| | | | | 35-49 | 1,01 | 2581 | ,722 |
| | | | | 50-66 | ,91 | 3156 | ,621 |
| 67-79 | ,79 | | | 2117 | ,606 | | |
| Total | ,88 | | | 11025 | ,650 | | |
| Total | Østlandet | | | 18-24 | 1,02 | 1682 | 1,146 |
| | | | | 25-34 | 1,01 | 2586 | ,919 |
| | | | | 35-49 | 1,18 | 3706 | ,910 |
| | | | | 50-66 | 1,01 | 4892 | ,776 |
| | | 67-79 | ,75 | 3821 | ,619 | | |
| | | Total | 1,00 | 16530 | ,891 | | |
| | | Total | Austlandet | 18-24 | ,95 | 179 | ,274 |
| | | | | 25-34 | 1,41 | 174 | 1,100 |
| | | | | 35-49 | 1,78 | 257 | ,716 |
| | | | | 50-66 | 1,05 | 418 | ,088 |
| 67-79 | ,43 | | | 485 | ,075 | | |
| Total | 1,00 | | | 1523 | ,548 | | |
| Total | Sørlandet | | | 18-24 | ,88 | 176 | ,296 |
| | | | | 25-34 | 1,19 | 197 | ,467 |
| | | | | 35-49 | 1,42 | 283 | ,291 |
| | | | | 50-66 | 1,10 | 377 | 1,02 |
| | | 67-79 | ,57 | 380 | ,054 | | |
| | | Total | 1,00 | 1431 | ,397 | | |
| | | Total | Total | 18-24 | 1,02 | 2048 | 1,023 |
| | | | | 25-34 | 1,05 | 2957 | ,875 |
| | | | | 35-49 | 1,23 | 4205 | ,885 |
| | | | | 50-66 | 1,02 | 5680 | ,721 |
| 67-79 | ,70 | | | 4814 | ,586 | | |
| Total | 1,00 | | | 16912 | ,814 | | |

Statistisk usikkerhet

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

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



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.⁷⁷

⁷⁷ Det vil si, forenklet sagt, Differansen mellom de to estimatene måles egentlig med sin egen spesifikke usikkerhet.

Vedlegg 2: Litteratur

- Barstad, Anders (2016) Hoping av dårlige levekår. En analyse av Levekårsundersøkelsen EU_SILC 2013. Statistisk Sentralbyrå, rapport 2016/32.
- Derogatis IR, Lipman RS, Rickels K et al. *The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory*. Behavioral Science 1974; 19: 1 - 15.
- Diener, E., m.fl.: *Purpose, Mood, and Pleasure in Predicting Satisfaction Judgments*. Social Indicators Research, online 25. januar 2011.
- Difi (2017). *Imbryggerundersøkelsen 2017*. Direktoratet for forvaltning og IKT. <https://www.difi.no/rapporter-og-statistikk/undersokelser/imbryggerundersokelsen-2017>
- FHI, Folkehelseinstituttet (2011). *Rapport 2011:2 Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger - tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*.
- Gundersen, Knut og Moynahan, L. (2006) *Nettverk og sosial kompetanse*. Gyldendal akademiske. Beskrivelsen hentet fra: <http://kurs.helsekompetanse.no/tridkultur/1687>. op.cit.
- Helgesen, Marit K. m.fl (2014) *Folkehelse og forebygging. Målgruper og strategier i kommuner og fylkeskommuner*. NIBR rapport 2014.3.
- Helse direktoratet (2019) *Veivisere i lokale folkehelse tiltak*. <https://www.helse direktoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelse tiltak-veiviser-for-kommunen/utdanning-lokale-folkehelse tiltak/kunnskapsgrunnlag>
- Barstad, Anders. m.fl. (2016): *Gode liv i Norge. Utredding om mdling av befolkningens livskvalitet*. Helse direktoratet, Rapport IS-2479.
- Bang Nes, Ragnhild, m.fl (2018) *Livskvalitet. Anbefalinger for et bedre mdleysystem*. Helse direktoratet, rapport IS-2727 KORT.
- OECD: Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (2017). *Guidelines on Measuring Subjective Well-being* SDSN: Sustainable Development Solutions Network. World Happiness report 2017.
- Kantar TNS (2017) Østfold fylkeskommune. Nærmiljø og inkludering. Mimeo.
- Næss, S., Mounn, T. og Eriksen, J.(red.): *Livskvalitet. Forskning om det gode liv*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, 2011.
- Saunes, Ingrid S. m.fl. (2017): *Helse i Norge – 2017*. Kommentarrapport til OECDs sammenlikning av helse i ulike land. Rapport, Folkehelseinstituttet
- Strand BH, Dalgaard OS, Tambs K, Rognerud M (2003) *Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MH-5 (SF-36)*. Nordic Journal of Psychiatry. 2003;57(2):113-8.
- Vittersø, J., m.fl.: *Life satisfaction is not a balanced estimator of the good life: Evidence from reaction time measures and self-reported emotions*. Journal of Happiness Studies, 10, 2009.
- Østfold fylkeskommune (2004) *Østfoldhelse 2004. Befolkningsundersøkelse om helsestand og miljøforhold*. Østfold. Rapport.
- Østfold fylkeskommune (2008) *Østfoldhelse 2008. Ungdomsundersøkelse om helse, miljø og trivsel*. Rapport.
- Østfold fylkeskommune (2011) *Østfold helseprofil 2011-2012*. Rapport. ISBN 978-82-91932-52-1. http://ostfoldhelse.no/wp-content/uploads/files/Helseprofil_lr.pdf
- Østfold fylkeskommune (2016) *Oss i Østfold. Rapport - helseoversikt*.

Vedlegg 3: Spørreskjemaet

Q001 - Q001: Helsen din Single coded

Answer not required | Not back

HEISEN 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 følger 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 helseproblemer? Med langvarig tenkes på sykdom eller problem, som har vart eller forventes å være i minst 6 måneder.

Normal

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

Q004 - Q004: Helsen din Single coded

Answer not required | Not back

Ask only if Q003 - Q003.1

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 opplæget | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lettførlig å klandre deg selv | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Svømproblemer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nedtrykt, tungsinelig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Følelse av å være unnyttig, lite verdt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Følelse av å bli forstyrret | <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 tannehelsen 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 | Sykneidret |
| 5 | Arbeidsledig |
| 6 | Uføretygdet/mottar arbeidskvarlingspenger |
| 7 | Mottar sosialstønad |
| 8 | Alders- eller førtidspensjonist |
| 9 | Skoleelev eller student |
| 10 | Vernepåklig, sivilarbeider |
| 11 | Hjemmearbeidende |
| 12 | Annet |
| 13 | Ønsker ikke svare |

Q008 - Q008: Arbeid

Single coded

Not back

Hvordan vurderer du arbeidsøynen din i forhold til din helsestatus?

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 helsestatusen min (f.eks. nedsett arbeidstid, tilrettelagging 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 stillstillende 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

Matrix

Q010 - Q010: Arbeid

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"/> |
| Monoton/ensidig eller stillerende 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

Matrix

Q011 - Q011: Arbeid

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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| amnerledes | <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

Matrix

Q012 - Q012: Arbeid

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

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/Noen ganger | Ubesvart/Vet ikke |
|---------------------------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ...spiser du frukt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...spiser du grønnsaker eller salat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...drikker du juice/smoothie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...drikker du sukkerholdig brus/leskedrikk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...spiser du fisk (til middag eller pålegg) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Single coded

Q014 - Q014: Levevaner

Answer not required | Not back

Røyker du?

Normal

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

Single coded

Q015 - Q015: Levevaner

Answer not required | Not back

Snuser du?

Normal

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

Single coded

Q016 - Q016: Levevaner

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 |

Q017 - Q017: Levevaner

Single coded

Answer not required | Not back

Hvor mange enheter alkohol (en liten flaske/bocks 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 iløpet 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 |

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: Svette

Single coded

Answer not required | Not back

Hvor ofte føler du at du sverer 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: Svette

Single coded

Not back

Deltar du i foreningliv, møtevirksomhet, styre, 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: Svette

Multi coded

Answer not required | Not back

Hvorfor deltar du ikke?

Få 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/giholder ikke
- 8 Har ikke blitt spurt
- 998 Vet ikke hva som foregår / Det er ikke tilgjengelig informasjon *Fixed *Exclusive
- 999 Ubesvart/Vet ikke *Fixed *Exclusive

Q028 - Q028: Svette

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 |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Helsetesenet | <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"/> |
| Massedia (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"/> |
| Rolle og trygt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Forstyrende 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 frittsområder | <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 vedholdt
- 6 Å ha tilgang til natur- og frittsområder
- 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 følger 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 følger 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 - 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 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | 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 - 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 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | Ikke i det hele tatt | | | | | | | | | | Svært stor grad | | |
| 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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> |

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 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | Helt uenig | | | | | | | | | | Helt enig | | |
| 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"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> |

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 neifor, deprimeret eller fylt av håpløshet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 - 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 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | 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: 6 | 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 halvveis | Passer ganske bra | Passer helt | Ubesvart/Vet ikke |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Jeg er noe – jeg er noe verd: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg er del av noe som er større enn meg selv – det er noen som trenger meg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg duger til noe – det er noe jeg får til | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg hører til et sted – jeg hører til hos noen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg kan tenke, føle og utfolde meg uten å være redd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Det betyr noe for andre hva jeg gjør eller ikke gjør | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg har noen å dele tankene og følelsene mine med - det er noen som kjenner meg, som byr seg om meg. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

Q048 - Q048: Bakgrunn

Single coded

Answer not required | Not back

Hva er din høyeste fullførte utdanning?

Normal

- 1 Grunnskole/framhaldsskole/folkehøgskole inntil 10 år
- 2 Fagutdanning/realskole/videregående/gymnas minimum 3 år
- 3 Høgskole/universitet mindre enn 4 år
- 4 Høgskole/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. Der som 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 fyller ut skjemaet!



KANTAR



Vedlegg 2

e-postinvitasjon og informasjon til respondenter

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, korrigerings, sletting og sperring etter helseregisterlovens § 23 til § 25. Du vil også på forespørsel få utlevert en kopi av opplysningene dine, og vil eventuelt kunne sende klage på opplysningenes behandling til personvernombudet eller Datatilsynet.

Personvern – oppbevaring av opplysninger

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

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

Anvendelse av informasjon

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

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

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

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

Vedlegg 3

Deskriptiv statistikk av variablene som inngår i nærmiljøtilbud og sosial støtte

Deskriptiv statistikk av variablene som inngår i nærmiljøtilbud og sosial støtte

| | Studiepopulasjon n=14865 n (%) | Analytisk utvalg n=12006 n (%) |
|---------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Nærmiljøtilbud: | | |
| Butikker | | |
| Dårlig | 2568 (17.3) | 2122 (17.7) |
| Bra | 11908 (80.1) | 9732 (81.1) |
| Manglende data | 389 (2.6) | 152 (1.3) |
| Underholdning og kultur | | |
| Dårlig | 4433 (29.8) | 3703 (30.8) |
| Bra | 9096 (61.2) | 7681 (64.0) |
| Manglende data | 1336 (9.0) | 622 (5.2) |
| Grøntarealer | | |
| Dårlig | 842 (5.7) | 667 (5.6) |
| Bra | 13504 (90.8) | 11187 (93.2) |
| Manglende data | 519 (2.5) | 152 (1.3) |
| Fritidsaktiviteter | | |
| Dårlig | 1316 (8.9) | 1074 (8.9) |
| Bra | 12118 (81.5) | 10219 (85.1) |
| Manglende data | 1431 (9.6) | 713 (5.9) |
| Møteplasser | | |
| Dårlig | 3009 (20.2) | 2545 (21.2) |
| Bra | 7792 (52.4) | 6634 (55.3) |
| Manglende data | 4064 (27.3) | 2827 (23.5) |
| Sosial støtte: | | |
| Personer som står deg nær | | |
| Ingen | 442 (3.0) | 307 (2.6) |
| 1-2 | 4188 (28.2) | 3267 (27.2) |
| 3-5 | 6405 (43.1) | 5342 (44.5) |
| 6 eller fler | 3549 (23.9) | 3013 (25.1) |
| Manglende data | 281 (1.9) | 77 (0.6) |
| Praktisk hjelp fra naboer | | |
| Svært vanskelig | 1104 (7.4) | 856 (7.1) |
| Vanskelig | 1575 (10.6) | 1131 (11.1) |
| Verken eller | 3794 (25.5) | 3197 (26.6) |
| Lett | 4468 (30.1) | 3813 (31.8) |
| Svært lett | 1746 (11.7) | 1525 (12.7) |
| Manglende data | 2178 (14.7) | 1284 (10.7) |
| Interesse og deltagelse | | |
| Ingen deltagelse | 407 (2.7) | 291 (2.4) |
| Liten deltagelse | 1525 (10.3) | 1243 (10.4) |
| Usikker | 2579 (17.3) | 1993 (16.6) |
| Noe deltagelse | 6689 (45.0) | 5795 (48.3) |
| Stor deltagelse | 2745 (18.5) | 2377 (19.8) |
| Manglende data | 920 (6.2) | 307 (2.6) |



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

Postboks 5003
NO-1432 Ås
Norway