



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Masteroppgave 2021 30 stp

Fakultet for landskap og samfunn

Vertikal og horisontal tillit i Østfold

En kvantitativ undersøkelse om sammenhengen mellom sosiodemografiske faktorer og grad av tillit i Østfold 2019

Camilla Nyegaard Johansen

Master i Folkehelsevitenskap

Forord

To fine år på Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU) er nå over. Det siste året har dessverre vært preget av hjemmekontor, og savnet etter å reise til Ås for å møte medstudenter har vært stort. Likevel har det vært et lærerikt år, med mye selvstendig arbeid. Med en bakgrunn i ernæring har masterstudiet bidratt til å gi meg et bredere perspektiv på helse, og om ulike utfordringer samfunnet står ovenfor sett fra et folkehelseperspektiv. Tillit er et svært aktuelt tema i disse pandemitider, og jeg er derfor takknemlig for kunnskapene jeg har fått med arbeidet fra denne masteroppgaven. Det har også vært interessant å skrive om Østfold, et fylke jeg selv er født og oppvokst i.

Først og fremst ønsker jeg å takke min veileder Camilla Ihlebæk, professor ved NMBU, for god støtte, samt konstruktive og raske tilbakemeldinger under hele arbeidet med denne oppgaven. Skriveprosessen og arbeidet med databehandling har vært utrolig lærerik og til tider utfordrende. Så takk for at du har motivert meg, og bidratt til å gjøre dette til en morsom prosess.

Jeg vil også takke Viken fylkeskommune for tilgang på data fra befolkningsundersøkelsen ”Oss i Østfold 2019”. Takk til Anni Skipstein og Knut-Johan Rognlien ved Viken fylkeskommune, og Arve Negaard og Jo Ese ved Høgskolen i Østfold, for en spennende seminar høsten 2020 i Sarpsborg. Det var inspirerende å høre om Østfolds historie og folkehelsearbeidet i fylket, for arbeidet med denne masteroppgaven.

Oslo, 2021

Camilla Nyegaard Johansen

Sammendrag

Bakgrunn: Tillit som en del av sosial kapital er et viktig fundament for et helsefremmende og velfungerende samfunn. Til tross for at det i Norge generelt er høye nivåer av tillit og relativt små sosiale ulikheter i befolkningen, er det tidligere funnet forskjeller mellom ulike sosioøkonomiske grupper i grad av tillit. Det er derfor behov for mer kunnskap om nivået av tillit hos befolkningen, og hvordan tilliten fordeler seg.

Formål: Å undersøke både grad av tillit til institusjoner (vertikal tillit) og generell tillit (horisontal tillit) i et utvalg av befolkningen i Østfold. Videre var et mål å undersøke om demografiske og sosioøkonomiske faktorer var assosiert med grad av tillit.

Metode: Det ble benyttet data fra tverrsnittstudien ”Oss i Østfold 2019” utført av Østfold fylkeskommune, med et representativt utvalg (n=16 558) av befolkningen i Østfold i alderen 18-79 år. Assosiasjonen mellom de sosiodemografiske variablene kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomisk situasjon, og grad av tillit, ble undersøkt ved hjelp av logistiske regresjonsanalyser. Institusjonene som ble undersøkt var helsevesenet, skolevesenet, NAV, kommunestyret, politiet, rettsvesenet og massemedia. Forskjeller mellom gruppene ble oppgitt ved odds ratio (OR).

Resultater: For utvalget som helhet var helsevesenet den institusjonen flest hadde høy tillit til (83.0 %), mens færrest hadde høy tillit til massemedia (42.9 %). Det var 65.9 % av utvalget som oppga at de generelt hadde høy tillit til andre mennesker. Funnene viste at det var klare sosiodemografiske forskjeller i grad av tillit. Kvinner hadde høyere tillit til institusjoner og høyere generell tillit enn menn. Den generelle tilliten økte med alderen. Funnene viste også at utdanningsnivå og opplevd økonomisk situasjon var positivt assosiert med grad av både institusjonell- og generell tillit.

Konklusjon: Det ble funnet en klar sosial gradient i forekomst av både vertikal og horisontal tillit. Dette er viktig å ta på alvor, da økende grad av mistillit kan føre til en utvikling som undergraver demokratiske verdier, og svekker den generelle viljen i samfunnet til å slutte opp om kollektive velferdsordninger. I Østfold kan det være behov for å ha et bevisst forhold til tillitsbyggende arbeid, for å generere sosial kapital som en viktig ressurs i samfunnet. Det bør fokuseres på strategier som sikrer høy sysselsetting, rettferdig inntektsfordeling og gode velferdsordninger. I tillegg, kan det være behov for målrettede tiltak mot grupper med lav sosioøkonomisk posisjon.

Abstract

Background: Trust as a part of social capital is an important foundation for a health-promoting and well-functioning society. Even though there are generally high levels of trust in Norway and relatively small social inequalities in the population, differences between socio-economic groups in levels of trust have been found in previous research. There is therefore a need for more knowledge about the levels of trust among the population, and how trust is distributed.

Aim: To study the levels of trust in public institutions (vertical trust) and general trust (horizontal trust) within a representative sample of the population in Østfold aged 18-79 years. Furthermore, examine whether demographic (gender and age) and socioeconomic (education level and economic situation) factors are associated with levels of trust.

Method: Data from the cross-sectional study "Oss i Østfold 2019", conducted by the county municipality Østfold was used, with a representative sample (n=16 558) of the population of Østfold. Logistic regression analyses were used to examine whether the sociodemographic variables gender, age, education and perceived economic self-sufficiency were associated with levels of trust. The institutions examined were the healthcare system, the school system, NAV (Social Security office), the municipal council, the police, the legal system and the media. Differences between the groups were measured using odds ratio (OR).

Results: Overall, the majority in the sample had high levels of trust in the healthcare system (83.0 %). Fewest in the analysed sample had high levels of trust in the media (42.9 %). 65.9 % of the sample reported high levels of general trust in other people. The findings showed significant sociodemographic factors in terms of trust. The women in the study had higher institutional and general trust, than the male participants. Horizontal trust increased with the age. Education level and perceived economic self-sufficiency were positively associated with the degree of both institutional trust and general trust.

Conclusion: A clear social gradient was found in the incidence of both vertical and horizontal trust. It is important to take this seriously, as an increase of distrust can lead to a development that undermines democratic values and reduces the general will in society to support collective welfare schemes. In Østfold there may be a need for a conscious approach to trust-building work, in order to generate social capital as an important resource in society. Strategies that focus on high employment, economic equality and good welfare schemes should be in focus. In addition, these findings may imply that targeted measures to build trust in low socio-economic groups are needed.

Tabelloversikt

Tabell 1: Karakteristika og sosiodemografiske variabler for totalt utvalg og analytisk utvalg

Tabell 2: Andel (%) med høy tillit til institusjoner og høy generell tillit, fordelt etter kjønn og ulike aldersgrupper. P-verdier for sammenligning av forekomst av høy tillit mellom de ulike gruppene

Tabell 3: Andel (%) med høy tillit til institusjoner og høy generell tillit, fordelt etter utdanningsnivå og opplevd økonomisk situasjon. P-verdier for sammenligning av forekomst av høy tillit mellom de ulike gruppene

Tabell 4: Odds ratio (OR) konfidensintervaller (95 % CI), p-verdier og Nagelkerke R^2 for sammenligning av grupper med ulike sosiodemografiske variabler for forekomst av høy tillit til helsevesenet, skolevesenet, NAV og kommunestyret

Tabell 5: Odds ratio (OR), konfidensintervaller (95 % CI), p-verdier og Nagelkerke R^2 for sammenligning av grupper med ulike sosiodemografiske variabler for forekomst av høy tillit til politi, rettsvesen, massemedia og høy generell tillit

Figuroversikt

Figur 1: Helse-determinantmodellen som fremstiller de ulike determinantene lagvis i ulike nivåer etter Dahlgren og Whitehead fra 1991

Innholdsfortegnelse

FORORD	I
SAMMENDRAG	II
ABSTRACT	III
TABELLOVERSIKT	IV
FIGUROVERSIKT	IV
1 INNLEDNING	1
2 BAKGRUNN	2
2.1 FOLKEHELSE OG FOLKEHELSEARBEID.....	2
2.2 HELSE OG LIVSKVALITET	3
2.3 HELSEDETERMINANTER	4
2.4 SOSIALE ULIKHETER I HELSE	5
2.5 SOSIAL KAPITAL	7
2.5.1 "Bonding", "bridging" og "linking".....	8
2.5.2 Horisontal og vertikal tillit	9
2.5.3 Institusjonell tillit.....	10
2.5.4 Generalisert og partikulær tillit.....	11
2.6 TILLITSNIVÅ I NORGE.....	12
2.7 SOSIODEMOGRAFI OG TILLIT	13
2.8 ØSTFOLD	14
3 FORSKNINGSSPØRSMÅL	16
4 METODE	17
4.1 STUDIEDESIGN.....	17
4.2 UTVALG.....	17
4.3 DATAINNSAMLING.....	17
4.4 SPØRRESKJEMA	18
4.4.1 Sosiodemografiske variabler	18
4.4.2 Tillitsvariabler	19
4.5 DATANALYSER	19
4.6 ETISKE RETNINGSLINJER OG VURDERINGER.....	20

5 RESULTATER	21
5.1 KARAKTERISTIKA OG SOSIODEMOGRAFISKE VARIABLER	21
5.2 BIVARIATE SAMMENHENGER MELLOM SOSIODEMOGRAFI OG TILLIT	22
5.3 LOGISTISK REGRESJON	24
5.3.1 Helsevesenet	24
5.3.2 Skolevesenet.....	26
5.3.3 NAV	26
5.3.4 Kommunestyret	27
5.3.5 Politi	27
5.3.6 Rettsvesen	28
5.3.7 Massemedia	29
5.3.8 Generell tillit.....	29
6 DISKUSJON	30
6.1 OPPSUMMERING AV RESULTATENE	30
6.2 GRAD AV TILLIT I BEFOLKNINGEN I ØSTFOLD	31
6.2.1 Vertikal tillit.....	31
6.2.2 Horisontal tillit	34
6.3 DEMOGRAFISKE FORSKJELLER I TILLIT	35
6.4 SOSIOØKONOMISKE FORSKJELLER I TILLIT.....	37
6.5 METODEDISKUSJON.....	40
6.5.1 Metodisk tilnærming og studiedesign	40
6.5.2 Validitet og reliabilitet.....	40
6.5.3 Databehandling og statistiske tester	41
6.5.4 Generaliserbarhet og skjevheter i utvalget.....	42
7 KONKLUSJON OG IMPLIKASJONER	44
REFERANSER	46

Oversikt over vedlegg:

Vedlegg 1: Oss i Østfold 2019 – om undersøkelsen

1 Innledning

I Stortingsmelding 13 (2018-2019) ”Muligheter for alle – fordeling og sosial bærekraft” fremgår det at et viktig mål for regjeringen er de sosiale forskjeller skal være små i Norge. Videre fremgår det i Stortingsmelding 13 (2018-2019) at ”små forskjeller bidrar til å bygge fellesskap og høy tillit innad i det norske samfunnet”, som igjen gjør det enklere å samhandle på de fleste områder. Gjensidig tillit underbygges av felles verdier og rettferdighet, samt fremmer deltakelse og samarbeid i samfunnet (ibid). Å utjevne sosiale forskjeller og bygge tillit er også en viktig del av folkehelsearbeidet for å utvikle et samfunn som fremmer helse, trivsel og sosial samhörighet.

Tillit og nettverk er viktige elementer i sosial kapital. Sosial kapital er beskrevet som en kollektiv og individuell egenskap, og kan sees på som en ressurs med et potensial til å komme hele samfunnet til gode (Putnam 1993; Wollebæk og Seggaard, 2011). Tillit kan beskrives og inndeles på flere måter, men det skilles ofte mellom vertikal tillit og horisontal tillit. Den vertikale tilliten handler om tillit til sentrale institusjoner i samfunnet, mens den horisontale tilliten blir beskrevet som tillit mellom mennesker (Barstad og Sandvik, 2015).

Norge er et av de land i verden som skårer høyest på både vertikal og horisontal tillit (Andreasson, 2017). Likevel er ikke tillit en ressurs som bør tas for gitt. Til tross for et økende utdanningsnivå hos befolkningen i Norge og relativt små inntektsforskjeller, har de sosiale ulikhetene i helse økt (Mackenbach et al., 2019; Kinge et al., 2019). Tillitsnivået ser ut til å være lavere i samfunn med store ulikheter. Utfordringer Norge står overfor i dag er derfor knyttet til økende heterogenitet i samfunnet forårsaket av sosiale og økonomiske forskjeller (Andreasson, 2017). Østfold som ble en del av Viken fylke i 2020, har en høy andel av befolkning med lav utdanning og lav inntekt og skåret dårligere på flere indikatorer på folkehelsebarometeret enn landet som helhet (Folkehelseinstituttet, 2019). Det er derfor viktig med mer kunnskap om hvordan nivå av tillit fordeler seg i befolkningen i Østfold.

Målet med denne studien var å undersøke grad av vertikal og horisontal tillit hos befolkningen i Østfold, og om tilliten fordeler seg ulikt i ulike sosiodemografiske grupper. Som utgangspunkt for studien ble det benyttet en befolkningsundersøkelse fra Østfold fylke fra 2019.

2 Bakgrunn

I bakgrunnsdelen vil det først bli gjort rede for begrepene folkehelse, helse og livskvalitet og helsedeterminanter, samt utfordringene Norge har med sosiale helseforskjeller. Deretter presenteres det flerdimensjonale begrepet sosial kapital. Videre gjøres det rede for ulike beskrivelser og inndelinger av tillit, og hvilke sosiodemografiske variabler som i litteraturen ser ut til å ha betydning for grad av tillit. Til slutt presenteres folkehelsestatusen i Østfold fylke.

2.1 Folkehelse og folkehelsearbeid

Folkehelse kan defineres som den samlede befolkningens helsetilstand og videre hvordan helsen fordeler seg i befolkningen (Folkehelseinstituttet, 2018). I 2012 trådte Folkehelseloven i kraft i Norge, med formålet om å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder å utjevner sosiale helseforskjeller (Folkehelseloven, 2011). I følge loven skal folkehelsearbeidet fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse. Loven skal også sikre at det blir lagt til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid, og at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte (ibid).

I Stortingsmelding 19 (2018-2019) ”Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn” presenterer regjeringen den samlede innsatsen for å fremme folkehelse og god livskvalitet i befolkningen. Noen av hovedmålene som trekkes frem er å redusere sosial ulikhet i helse, og utvikle samfunn som fremmer helse, trivsel og sosial samhörighet. Sosial samhörighet handler om at individer i et samfunn bindes sammen av tillit og felles normer, holdninger og verdier (St.meld. nr. 13 (2018-2019)). Folkehelse og arbeidet med dette, er også i tråd med den sosiale dimensjonen i FN’s bærekraftsmål (FN-sambandet, 2021). Sosial rettferdighet og sosial bærekraft er viktige mål i planleggingen av en bærekraftig samfunnsutvikling, og et bærekraftig lokalsamfunn kan beskrives som steder der mennesker ønsker å bo eller arbeide, nå og i fremtiden (U.K. Whitepaper, 2003). Dette innebærer blant annet at innbyggerne har god tillit til samfunnet og hverandre.

2.2 Helse og livskvalitet

Begrepet ”helse” stammer fra det gammelnorske ordet *heill*, som hadde betydningen hel (frisk, uskadet) og hell (lykke, flaks) (Lærum, 2005). Tidligere ble helse ofte knyttet opp til fravær eller nærvær av sykdom. I dag kan begrepet ”helse” forstås og defineres på ulike måter, alt etter hvilke perspektiv en tar utgangspunkt. Begrepet er kulturelt betinget, og varierer med historie og individuelle oppfatninger. Verdens helseorganisasjon (WHO) vedtok i 1946 at helse skulle defineres som ”en tilstand av fullkomment fysisk, mentalt og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller svekkelse” (WHO, 1946). Denne definisjonen dekker både fysiske, psykiske og sosial sider ved livet, og slo fast at helse ikke kun handler om fysisk sykdom. Definisjonen har fått kritikk for å være utopisk, og WHO har senere lansert en nyere definisjon i Ottawa Charteret i 1986 (WHO, 1986). Denne definisjonen sier at god helse er en ressurs i hverdagen og at helse er et positivt konsept som innebefatter sosiale og personlige ressurser i tillegg til den fysiske kapasiteten (WHO, 1986). I tråd med dette er mestring, ressurser og funksjon har i økende grad de siste årene blitt integrert i helsebegrepet. Peter Hjort formulerte en ressursorientert definisjon som ofte brukes i Norge: ”helse er å ha overskudd i forhold til hverdagens krav og utfordringer” (Hjort, 1982). Definisjonen satt fokus på den subjektive opplevelsen av helsetilstand, og fokuserte på betydningen av å ha styrke til å møte påkjenninger og belastninger. Faktorer som beskriver god helse i en slik forståelse omfatter blant annet personlige egenskaper, trivsel og trygghet i hverdagen, sosial støtte, godt nærmiljø, kulturelt fellesskap og samfunnsmessig tilhørighet (Lærum, 2005).

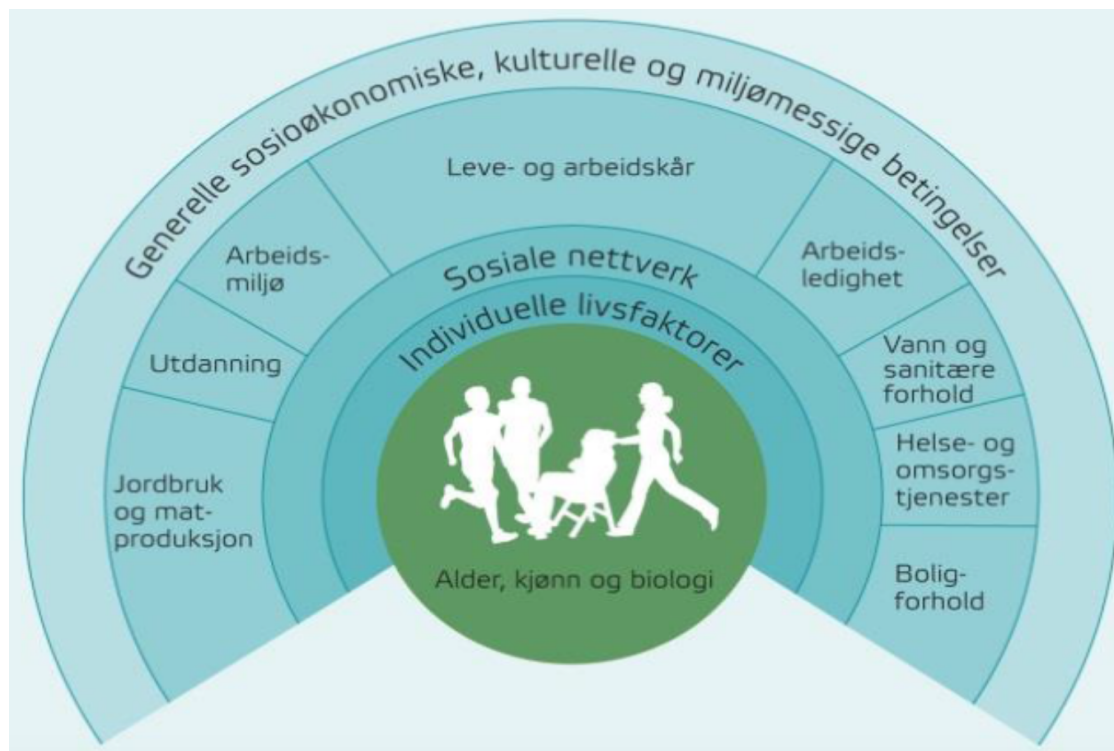
Livskvalitet er et begrep som nå ofte nevnes i sammenheng med helse (health and well-being). God livskvalitet er en felles verdi, og er en viktig del av det som fremmer folkehelse og fellesskap (Folkehelseinstituttet, 2020b). God livskvalitet kan også bidra til en mer bærekraftig samfunnsutvikling. Gjennom årene har det derfor vært mer fokus på livskvalitet som politisk overordnet politisk mål, og livskvalitetsmålinger som veiledning for folkehelsearbeidet. Livskvalitet omfatter både subjektive opplevelser som glede og mening, samt mer objektive forhold som frihet, trygghet og muligheter for utvikling (Carlquist, 2015). Et lykkelig samfunn beskrives ofte som et samfunn hvor mennesker har tillit til hverandre og man opplever en sterk tilhørighet og høy tillit til de politiske institusjonene (Folkehelseinstituttet, 2020b). Sett fra et folkehelseperspektiv er tillit sterkt assosiert med økt velvære og livstilfredshet, bedre samarbeid med andre og økt mestring og kontroll over livet (Clench og Holte, 2021). Sosiale relasjoner er et av elementene som måles når livskvalitet

skal kartlegges, og dette inkluderer også tillit til andre medmennesker (Folkehelseinstituttet, 2020b).

Resultater fra folkehelseundersøkelser i Norge viser at majoriteten opplevde god helse og livskvalitet i 2019, hvor de fleste blant annet var fornøyde, opplevde stor grad av mening i hverdagen, følte seg trygge, hadde gode relasjoner og opplevde tillit til andre mennesker (Folkehelseinstituttet, 2020b). Gruppene som var mest tilfreds med livet var godt voksne mennesker, som var gift, med god økonomi og yrkesaktive. Nivået av ensomhet, nedstemthet og bekymring var forholdsvis moderat, men det var enkelte grupper som opplevde gjennomgående lav livskvalitet. Blant de som oppga helseplager, opplevde å ha dårlig råd, var uføre, arbeidsledige eller mottok sosialhjelp, var andelen med lav livskvalitet særlig høy. Unge mennesker med dårlig økonomi, som var utenfor arbeidslivet og som ikke var integrert i samliv, var også en særlig sårbar gruppe. Livskvalitet varierer også på tvers av kommuner, og innad i kommuner (Folkehelseinstituttet, 2020b). Helse og livskvalitet er derfor ikke likt fordelt i befolkningen, og de er påvirket av mange faktorer eller helsedeterminanter (ibid).

2.3 Helsedeterminanter

Med helsedeterminanter menes alle de faktorer som påvirker vår helse. Dahlgren og Whitehead (1991) har utviklet modellen ”Main determinants of health”, som fremstiller de ulike determinantene lagvis i ulike nivåer (figur 1). Ytterst finnes de strukturelle faktorene som kan være for eksempel generelle sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige betingelsene (ibid). I det nest ytterste laget kommer andre materielle- og sosiale betingelser, som for eksempel leve- og arbeidskår. Dette kan innebære blant annet arbeidsstatus, arbeidsforhold, utdanning, boforhold og helsesystem (figur 1). Deretter kommer sosiale nettverk som refererer til forhold, forbindelser og samhandling med andre mennesker (f.eks. familie, venner, lokalsamfunn eller institusjoner). I et nettverk kan det både være sterke og svake bånd, noe som kan gjenspeiles i graden av blant annet tilgjengelighet, tillit og støtte mellom de ulike aktørene. I det nest innerste laget finnes de individuelle livsstilsfaktorene som kan påvirke helsen, blant annet kostholds- og røykevaner og grad av fysisk aktivitet. I det innerste laget ligger de biologiske- og genetiske faktorene, som blant annet alder og kjønn (figur 1).



Figur 1. Helsedeterminantmodellen etter Dahlgren og Whitehead (1991)

Blant helsedeterminantene finner vi både positive og negative kilder til helse, som for eksempel tilgang til eller fravær av sosiale nettverk. En ujevn fordeling av helsedeterminantene i et samfunn kan føre til sosiale helseforskjeller, som igjen kan medføre en trussel mot folkehelsen. I forskning på sosiale helseforskjeller ble tidligere ofte begrepet ”sosioøkonomisk status” benyttet, men dette begrepet har fått kritikk for å antyde at alle helseforskjeller mellom sosiale grupper kan tilskrives ulik status og fordi status kan være et normativt begrep (Marmot, 2017). I dag er det derfor mer vanlig å bruke det nøytrale begrepet ”sosioøkonomisk posisjon”, som refererer til grad av utdanning, inntekt og arbeid (Marmot, 2017).

2.4 Sosiale ulikheter i helse

Sosial ulikhet i helse kan beskrives som systematiske forskjeller i helse gjennom en sosioøkonomisk gradient, der helse fordeler seg fra dårligst til best med økende sosioøkonomisk posisjon i samfunnet (Helsedirektoratet, 2018). I Norge har man sett at samtidig som levealderen har økt, og helsestatusen har vist en bedring for befolkningen som helhet, så har de sosioøkonomiske forskjellene i sykkelighet og dødelighet økt (Mackenbach et al., 1997; Kinge et al., 2019). Personer som befinner seg i grupper med lavere inntekt og utdanning har høyere risiko for å bli syke og har lavere forventet levealder, enn personer som

har høyere inntekt og lenger utdanning (Helsedirektoratet, 2018). Forventet levealder i Norge er for eksempel 5-6 år høyere blant personer med høyskole eller universitetsutdanning sammenlignet med dem med grunnskoleutdanning (Helsedirektoratet, 2018). Dersom man er gift og begge har høy utdanning, er levealderen 8-9 år lengre for ugifte med kort utdanning.

Denne skjevfordelingen i helse med sosioøkonomisk posisjon omtales ofte som den sosiale gradienten, hvor det typiske er en trinnvis reduksjon i helse med synkende sosial posisjon (Helsedirektoratet, 2018). Personer som befinner seg i grupper med lavere inntekt og utdanning har større risiko for å bli syke og har lavere forventet levealder, enn personer som har høyere inntekt og lengre utdanning (ibid). Denne skjevfordelingen gjelder for de fleste sykdommer og plager, samt ulykker og skader. Det finnes også sosiale forskjeller i levevaner som kan være risikofaktorer til sykdom eller dårlig helse (Marmot, 2017).

Forskjellsprinsippet handler om at enhver form for ulikhet i et samfunn, er urettferdig så lenge den ikke fungerer til størst fordel for de som er vanskeligst stilt (Rawls, 2020). Sosial ulikhet i helse kan derfor sies å være et rettferdighetsproblem, fordi mennesker i lavere sosiale lag frarøves livssjanser og frihet (Dahl, 1998). Helse er en betingelse for å leve det livet en verdsetter, og likhet i retten til helse er knyttet til menneskets iboende verdighet. Dårlig helse kan blant annet forhindre et aktivt, sosialt og deltakende liv, som igjen gir dårligere forutsetninger for trivsel og livskvalitet. Sosial ulikhet i helse er dermed også et folkehelseproblem ved at befolkningens totale helsepotensial ikke utnyttes fullt ut. Sosial ulikhet i helse kan også være et problem for den norske velferdsstatens økonomiske bærekraft, dersom ikke sysselsettingen og verdiskapningen er optimal i landet (Dahl, 1998). For å forbedre folkehelsen og redusere sosiale ulikheter er det nødvendig med et velfungerende demokrati, med en universell politikk hvor alle inkluderes (Marmot, 2017). Sosial ulikhet kan fremmedgjøre mennesker for lokalsamfunnet de bor i (Eizenberg og Jahareen, 2017), noe som kan undergrave tillit mennesker har til hverandre og dermed redusere sosial kapital i samfunnet. Sosial kapital, der tillit er en viktig komponent, er en viktig helsedeterminant (Mansyur et al., 2008; Islam et al., 2006; 2012), og vil nå bli beskrevet nærmere.

2.5 Sosial kapital

Sosial kapital er et flerdimensjonalt begrep som kan ha forskjellige definisjoner, men det brukes ofte som et samlebegrep for en rekke forhold som sosiale nettverk, sosiale bånd, tillit, trygghet og deltakelse (Szreter og Woolcock, 2004). Opprinnelig oppstod begrepet ut av sosiologien og spredte seg videre til andre fagfelt som økonomien, utdanning, politikk og helsevitenskapen (Elgar et al., 2011). Den franske sosiologen Pierre Bourdieu var en av de første samfunnsforskere i moderne tid som benyttet sosial kapital begrepet (Bourdieu, 1986; Helsedirektoratet, 2009) Bourdieu diskuterte forholdet mellom sosial-, kulturell- og økonomisk kapital, og baserte seg på klasseskiller og maktrelasjoner i samfunnet (Bourdieu, 1986). Han mente at kapitalformene henger sammen ved at økonomisk kapital er nødvendig for tilgang på sosial kapital av reell verdi, og omvendt. For at individet skulle få tilgang til økonomiske ressurser, som arbeidsmuligheter, mente Bourdieu at brede bekjentskapsbånd (sosiale nettverk) var helt avgjørende. Med sosiale nettverk menes relasjoner som ofte danner forbindelser mellom flere mennesker. Denne forståelsen av sosial kapital er individbasert, og fokuserer i stor grad på strukturelle forhold, som effektene av sosiale nettverk (Wollebæk og Seggaard, 2011). Den amerikanske statsviteren Robert Putnam (2001) utvidet Bourdieus strukturelle forståelse av begrepet, og mente at sosial kapital er en ressurs som er tilgjengelig for alle avhengig av tilknytning og normer. Putnam snakker om sosial kapital som en kollektiv egenskap, som tilhører hele samfunn og systemer (Wollebæk og Seggaard, 2011). Der sosial kapital er et instrument for individuell måloppnåelse hos Bourdieu, er det en sosial ressurs hos Putnam, med potensial til å komme et helt samfunn til gode.

Wollebæk og Seggaard (2011) hevder at begrepet sosial kapital kan studeres både på individ og samfunnsnivå, og at disse henger sammen. Dersom sosiale nettverk og tillit brytes ned i et samfunn, har det konsekvenser for den enkeltes mulighet til måloppnåelse (ibid). Det kan også gi direkte konsekvenser for individers evne til å samarbeide med hverandre, noe som igjen kan påvirke økonomien, demokratier og folkehelsen i en negativ retning. Sosial kapital blir i denne forståelsen sett på som ressurser, i form av sosial tillit og nettverk, som særlig i kombinasjon muliggjør ikke-tvangsbasert kollektiv handling (Szreter og Woolcock, 2004).

Det er stor vitenskapelig interesse for sosial kapital-begrepet, men det finnes for tiden ingen enkel måte å måle sosial kapital. Mål på sosial kapital har variert etter definisjon, kontekst og nivå (individ- eller samfunnsnivå), men tillit er en faktor som ofte brukes som en indikator på sosial kapital (Mansyur et. al., 2008; Nieminen et al., 2010). De teoretiske beskrivelsene og

inndelingene som finnes for å beskrive tillit og sosial kapital kan ofte være noe bredt og overlappende, men i de neste avsnittene gjøres det rede for de ulike teoretiske begreper og inndelinger.

2.5.1 ”Bonding”, ”bridging” og ”linking”

Tillit blir ofte sett på som en del av den sosiale kapitalen i samfunnet, og det har vært økende interesse for å studere forholdet mellom tillit og nettverk. (Putnam, 1993; Wollebæk og Seggaard, 2011). For å oppnå sosial kapital, mente Putnam (2000) at høye nivåer av tillit, samt sivil engasjement, var nødvendig. Putnam beskrev to dimensjoner av sosial kapital og tillit; ”bonding” (sammenbindende) og ”bridging” (overskridende) (Putnam, 2000). Med ”bonding” menes relasjoner eller sosiale nettverk som er preget av likhet og homogenitet og som deler en felles sosial identitet (Szreter og Woolcock, 2004). Det kan for eksempel være medlemmer av et trossamfunn, en organisasjon, eller ens egen familie eller venner (Elgar et al., 2011). Bånd knytter medlemmer av en gruppe eller nettverk sammen, gjennom solidaritet, gjensidighet og bekreftelse. Nettverk som er preget av sterk sammenbindende tillit er lojale overfor nettverkets øvrige medlemmer, og kan gi trygghet og styrke troen på mennesker i sin alminnelighet (Wollebæk og Seggaard, 2011). Lukkende sosiale grupper, kan imidlertid være innadvendte og ledsaget av mistillit mot de som står utenfor. Slike grupperinger med sterk tillit innad i et nettverk uten forbindelseslinjer ut av gruppen, kan dermed hindre kollektiv handling mellom mennesker av ulik sosial identitet (ibid). Den andre dimensjonen av sosial kapital og tillit, ”bridging”, handler i større grad om å knytte mennesker sammen på tvers av sosiale skillelinjer, og kalles derfor på norsk overskridende tillit. De sosiale båndene er som regel svakere enn i nettverkene som kjennetegnes av ”bonding”, men til gjengjeld er de viktige for å få tilgang til muligheter og informasjon. Denne brobyggingen kan generere tillit til mye mennesker, andre religioner eller nasjonaliteter (Elgar, et al, 2011).

Szreter og Woolcock (2004) foreslo at en tredje type av tillit og sosial kapital, kalt ”linking”, fordi hverken ”bonding” eller ”bridging” vurderte maktforholdet mellom grupper i samfunnet”. ”Linking” handler om hvordan individer i samfunnet er bundet sammen med politiske- og samfunnsstrukturer. Begrepet handler om å skape nettverk med personer som i høyere posisjoner enn en selv, og som kan tilgang til viktige ressurser (Szreter og Woolcock, 2004; Helsedirektoratet, 2010). Slike relasjoner eksisterer mellom enkeltindividet og samfunnets formelle institusjoner, hvor tillit er en viktig forutsetning (Elgar et al., 2011).

Dette kan være institusjoner som helsetjenesten, politiet, rettsvesenet og forvalterne av ulike velferdsordninger (Wollebæk og Seggaard, 2011; Saltkjel og Malmberg-Heimonen, 2014). Hensikten med å skille ut denne typen sosial kapital, er at enkelte relasjoner er preget av et tydelig maktspekt (Helsedirektoratet, 2010). Studier viser at omfanget av tillitsfulle bånd til formelle institusjoner og deres representanter, har stor betydning for velferden til borgere i et samfunn (Szreter og Woolcock, 2004). Begrepet tydeliggjør også viktigheten av de sosiale forbindelsene som eksisterer mellom individ og stat for sivil samfunnsdeltakelse (Szreter og Woolcock, 2004; Helsedirektoratet, 2010).

”Bonding”, ”bridging” og ”linking” er en tredimensjonal sosial kapital-teori som vektlegger ulike relasjoner innenfor et nettverk, og på tvers av forskjellige nettverk. Disse nettverksperspektivene kalles ofte horisontale- og vertikale nettverk, og tillit kan også beskrives i forhold til disse dimensjonene.

2.5.2 Horisontal og vertikal tillit

Tillit kan komme til uttrykk innenfor ulike nettverk, horisontalt og vertikalt. Den horisontale tilliten knyttes ofte til ”bonding” og ”bridging”, og forekommer i nære relasjoner eller nettverk mellom grupper med omtrent lik status, som beskrevet ovenfor (Elgar et al., 2011). Denne tilliten er vesentlig for å utvikle tilhørighet og fellesskap. Den vertikale tilliten er knyttet til ”linking” og reflekterer nettverk mellom grupper som har ulik påvirkningskraft og autoritet. Vertikal tillit omfatter tillit til samfunnsinstitusjoner, og er ofte basert på et avstandspreget forhold (ibid).

Begge tillitsformene er vesentlige på hver sin måte for å kunne oppleve tilhørighet og trygghet, og kan bidra til skape betingelser for kollektiv handling i det daglige liv. Putnam (1993) fokuserte mye på skillet mellom horisontale nettverk og hierarki (vertikale nettverk). Han mente at i horisontale nettverk er maktrelasjonene mellom individene jevnbyrdige og symmetriske, mens i vertikale nettverk er maktrelasjonene asymmetriske (Wollebæk og Seggaard, 2011). Putnam (1993) mente at vertikale nettverk var til lite nytte for å løse kollektive dilemmaer, fordi det ikke er gjensidighet i forholdet. Sterke vertikale sosiale nettverk basert på streng kontroll, var ifølge Putnam, ikke tillitsbaserte. Putnam fokuserte også på at nettverk genererer tillit og sosial sivil engasjement, og dermed ville brede sosiale nettverk være bedre for et samfunns tillitsnivå. Wollebæk og Seggaard (2011) mente derimot at

vertikale og asymmetriske nettverk kunne være tillitsbaserte. De mente at å knytte seg til en organisasjon kunne sees på som en tillitshandling, og at det var fullt mulig å trekke sitt medlemskap dersom organisasjonen står ovenfor et tillitsbrudd. Dessuten vil ikke alle horisontale nettverk være preget av maktjevne relasjoner og høy tillit (Wollebæk og Seggaard, 2011). Den norske velferdsstaten kan sies å baserer seg på disse to formene for tillit (Früh, et al., 2017). Den vertikale tilliten kalles også innenfor noen forskningstradisjoner institusjonell tillit, som omfatter den tilliten befolkningen har til statlige institusjoner i samfunnet.

2.5.3 Institusjonell tillit

Støtte og tillit til staten og dens institusjoner blir sett på som en viktig egenskap for et vellykket samfunn og demokrati (Listhaug og Ringdal, 2008). Institusjonell tillit henger sammen med troen på at institusjonen vil ivareta individets og befolkningens interesser. En reduksjon i tillit kan ha flere negative følger for demokratiet, og føre til et dysfunksjonelt samfunn (Schyns og Koop, 2010). Det kan føre til et samfunn hvor styresmaktene ikke får produsert eller oppnå politiske resultater, og hvor innbyggerne ikke følger lover og regler (Citrin og Muste, 1993). Fravær av tillit til samfunnsinstitusjoner medfører en trussel mot dens legitimitet, og gjør det mer sannsynlig at individer begynner å undergrave disse institusjonenes autoritet (Listhaug og Ringdal, 2008; Schyns og Koop, 2010).

Ljunge (2014) fant i sin studie at demokratiske institusjoner hadde en tendens til å eksistere i land med høye tillitsnivåer og høy nasjonal inntekt. Et høyt nivå av tillit i befolkningen har vist seg å ha flere fordeler, ikke bare for individet, men også samfunnet som helhet (Navarro-Carrillo, 2016; Andreasson, 2017). Høy grad av tillit i samfunnet har vist seg å kunne bedre økonomisk vekst, fremme politisk engasjement og bidra til utvikling i demokratiet i en positiv retning (Saltkjel og Malmberg-Heimonen, 2014). Omvendt er det også sannsynlig at et sterkt demokrati genererer sosial tillit, som igjen genererer ytterligere vekst av sosial kapital (Clench og Holte, 2021). Samfunn med høye tillitsnivåer kjennetegnes blant annet av god kvalitet på styrende samfunnsinstitusjoner, inkludert lav korrupsjon, frie valg, ytringsfrihet og politisk stabilitet (Helsedirektoratet, 2020).

Flere studier har undersøkt sammenhengen mellom generell tillit og tillit til institusjoner (f.eks. Putnam, 1993; Rothstein og Stolle, 2008; Schyns og Koop, 2010). Mistillit til samfunnets institusjoner ser ut til å føre til mindre sosial kapital. Schyns og Koop (2010) viste

i sin studie at tilliten til andre mennesker hadde en effekt på tilliten til politiske institusjoner. De med lavere sosial tillit så ut til å ha mindre tillit institusjoner, og omvendt; de med høyere generell tillit så ut til å ha større tillit til samfunnsinstitusjoner. Andre studier har funnet en svak eller ingen assosiasjon mellom generell tillit og institusjonell tillit (Brehm og Rahn, 1997; Kaase, 1999; Tan og Tambyah, 2011).

Som vi nå har sett er det vanlig å skille mellom horisontal ("bonding" og "bridging") og vertikal ("linking", institusjonell) tillit. Begge disse formene for tillit kan være generaliserte eller vertikale.

2.5.4 Generalisert og partikulær tillit

Wollebæk og Seggaard (2011) beskriver generalisert- og partikulær tillit som to ulike former for tillit. Disse to formene for tillit er det også vanlig å skille mellom når man skal vurdere tillit i praktiske termer i forskning. Den generaliserte tilliten er den tilliten man har til mennesker generelt, eller til de man møter for første gang. Generalisert tillit observeres uavhengig av konkrete handlinger, og er en type abstrakt form for tillit som styrker forutsetningene for samarbeid med fremmede. Denne typen tillit handler også om i hvilken grad mennesker stoler på andre mennesker de ikke kjenner, og kan dermed innebære at gitte normer i samfunnet respekteres av andre (Andreasson, 2017). Generalisert tillit kan dermed også sees på som et mål på individets oppfatning av moralnivået i samfunnet vi lever i. Likevel mente Wollebæk og Seggaard (2011) at det ga mening å behandle tillit som både handling og holdning, da generalisert tillit økte predisposjonen til å initiere sosiale relasjoner, og samarbeide med fremmede. Tillit til samfunnets institusjoner kan også eksistere i en abstrakt og generalisert form (ibid).

Den partikulære tilliten kan knyttes til enkeltmennesker, og er ikke begrunnet i abstrakte ideer om menneskets karakter (Wollebæk og Seggaard, 2011). Partikulær tillit er en type tillit man har til mennesker man kjenner personlig, og som i hovedsak er grunnet i vår erfaring med den gjeldende personen. Når tillit måles innad i lokalmiljøer og familier som har en viss tilknytning, måles det på et partikulært nivå. Man kan også måle tillit til institusjoner på et partikulært nivå, dersom man for eksempel har erfaring eller tilknytning til gjeldende institusjon. Denne type tillit kan styrke forutsetningene for samarbeid med det kjente, og vedlikeholde sosiale relasjoner (ibid). Likevel kan den generaliserte tilliten bidra til å lettere

stole på andre mennesker, institusjoner, samt utvikle nye velfungerende forhold (Wollebæk og Seggaard, 2011; Li og Fung, 2012). Partikulær- og generalisert tillit kan være både sammenbindende og overskridende, men er ikke gjensidig utelukkende (Wollebæk og Seggaard, 2011). Dersom man sammenligner enkeltindivider eller land, finner man korrelasjoner mellom de to formene for tillit.

2.6 Tillitsnivå i Norge

De nordiske landene skiller seg ut ved at man har et generelt høyt nivå av sosial kapital og tillit (Wollebæk og Seggaard, 2011; Saltkjel og Malmberg-Heimonen, 2014), og disse landene skårer høyest i verden på både generalisert og institusjonell tillit, ifølge Europeiske undersøkelser (Andreasson, 2017). Tillitsnivåene kan delvis reflektere at dette er velferdsstater som i betydelig grad garanterer samfunnets innbyggere hjelp hvis de skulle komme ut for helsesvikt, sosial nød eller tap av inntekt (Kleven, 2016). Den nordiske samfunnsmodellen kjennetegnes også blant annet av relativt kort avstand mellom styresmakter, som politikere, og befolkning (ibid).

De høye tillitsnivåene finnes også i Norge, uavhengig av hvilke mål en benytter for tillit (Barstad og Sandvik, 2015). I de siste tiår har det vært rettet mye oppmerksomhet rundt hvorvidt tilliten til viktige institusjoner i det politiske liv er synkende eller ikke. Funn fra European Social Survey fra Statistisk sentralbyrå (SSB), viser at befolkningen i Norge har høyest tillit til politiet, etterfulgt av rettsvesenet og Stortinget (Kleven, 2016). Det er også en klar trend i Europa at folk har mer tillit til politi og rettsvesen, enn til politikere og partier. Det ser ut til at nordmenn har blitt mer tillitsfulle de siste tiårene, og i perioden 1980-2010 så det ut til at tilliten til andre mennesker har vært økende, i likhet med de andre skandinaviske landene (Wollebæk og Seggaard, 2011; Barstad og Sandvik, 2015). Tillit hos befolkningen er ikke en ressurs som bør tas for gitt, til tross for den gode utviklingen i Norge (Andreasson, 2017). utfordringer Norge står overfor er knyttet til økende heterogenitet i samfunnet som er forårsaket av sosiale og økonomiske forskjeller. Tillitsnivå ser ut til å være lavere i samfunn med store ulikheter (Wollebæk og Seggaard, 2011), og det er derfor interessant å se nærmere på hvilke sosiodemografiske variabler som er av betydning for forskjeller i tillitsnivå.

2.7 Sosiodemografi og tillit

Kjønn er en variabel som ser ut til å ha sammenheng med grad av tillit, men dette varierer noe mellom studier (Schyns og Koop, 2010; Saltkjel og Malmberg-Heimonen, 2014). Flere studier har vist at kvinner generelt er mer tillitsfulle enn menn og har mer sosial kapital i form av sammenbindende tillit (bonding) (Hooghe, et al., 2009; Schyns og Koop, 2010). En årsak til dette kan være at kvinner ofte er mer involvert i familienettverk enn menn, og dermed skaper nærmere relasjoner. Menn ser midlertidig ut til å delta mer i samfunnet, både politisk og i frivillige organisasjoner (Schyns og Koop, 2010; Saltkjel og Malmberg-Heimonen, 2014), som i større grad er knyttet til overskridende ("bridging") og vertikal tillit.

Sivilsamfunnsdeltakelse er blant annet viktig for å opprettholde sosiale forbindelser mellom individ og stat. I en rapport om livskvalitet i Norge fant man at kvinner i Norge i større grad enn menn opplever at andre er til å stole på, men de opplever ikke trygghet i nærmiljøet i samme grad som menn (Folkehelseinstituttet, 2019). Disse forskjellene var imidlertid forholdsvis små.

Studier viser at alder ser ut til å være positivt korrelert med sosial kapital og tillit (Schyns og Koop, 2010; Li og Fung, 2012; Saltkjel og Malmberg-Heimonen, 2014). Høy alder blir forbundet med mer sosial kapital, blant annet grunnet lang livserfaring (Schyns og Koop, 2010). Saltkjel og Malmberg-Heimonen (2014) fant at unge voksne (18-34 år) hadde lavere grad av sosial tillit og sivil deltakelse, sammenlignet med de som var eldre. Funn fra studier har også vist at eldre mennesker har høyere generell tillit, tilgir andre lettere og er mindre dømmende, sammenlignet med yngre mennesker (Li og Fung, 2012). Årsaken til dette kan være at eldre mennesker deltar mer i frivillige aktiviteter for å holde den sosiale tilknytningen til andre mennesker og samfunnet, og at dette bidrar til høyere tillit (Li og Fung, 2012).

Selv om det i de nordiske landene generelt er høye nivåer av tillit og relativt små forskjeller mellom befolkningen (Kleven, 2016); Saltkjel og Malmberg-Heimonen, 2014), ser man likevel forskjeller mellom ulike sosioøkonomiske grupper i grad av tillit, og man kan se en gradientfordeling mellom sosioøkonomisk posisjon og grad av tillit (Wollebæk og Seggaard, 2011). I Norge har man for eksempel funnet at den vertikale tilliten øker med utdanningsnivå, hvor de med lavt utdanningsnivå ikke har like høy grad av tillit som mennesker med høyt utdanningsnivå (Barstad og Sandvik, 2015). I Europa har man funnet at den generaliserte tilliten var høyere med økende grad av utdanningsnivå (Hooghe, et al., 2009). Studier har også funnet en sammenheng mellom generell- og institusjonell tillit. Mennesker med høy

generell tillit ser også ut til å ha høy tillit til institusjoner (Schyns og Koop, 2010), og undersøkelser viser at de med høy institusjonell tillit, deltar i større grad i samfunnet og ved politiske valg (Listhaug og Ringdal, 2009; Kleven, 2016).

Inntekt ser også ut til å være en faktor som har betydning for tillit (Navarro-Carillo, et al., 2016), og undersøkelser i Norge har vist at andelen som har en tillitsfull holdning til andre, øker med inntektsnivået i husholdningen (Barstad og Sandvik, 2015). I tillegg til reell inntekt ser også økonomisk tilfredshet ut til å være knyttet til grad av generell tillit (Hooghe, et al., 2009). Lav inntekt er ofte assosiert med lav utdanning, men noen studier har vist at lav inntekt har mindre å si for grad av tillit enn lav utdanning (Wollebæk og Seggaard, 2011; Barstad og Sandvik, 2015). Med store ulikheter i inntekt i et samfunn assosieres med lave nivåer av tillit, og studier har vist at befolkningen var mer tillitsfulle i land med lave inntektsulikheter (Hooghe, et al., 2009). Dette kan forklares ved at inntektsulikheter og økonomiske stratifiseringer av samfunnet kan føre til en fremvekst av segregering, som igjen kan redusere grunnlaget for felles bygging av tillit (Stephany, 2016). I en nylig studie ble effekten av inntekt og tillit på livstilfredshet undersøkt på ulike nivåer; individ, samfunns, og nasjonalt nivå, i land i Europa (Clench og Holte, 2021). Inntekt, både personlig og på nasjonalt nivå så ut til være av stor betydning for livstilfredsheten. Likevel ble det vist at tillit på alle nivåer, hadde en slags buffereffekt på betydningen av inntekt. Jo høyere nivåer av tillit en hadde, desto mindre betydning hadde inntekt for velvære og livstilfredshet. I land hvor tillitsnivåene var lave, var disse assosiasjonene sterkere enn i land med høye tillitsnivåer. Assosiasjonen mellom institusjonell og sosial tillit så også ut til å være sterkere i land med lave nivåer av tillit (Clench og Holte, 2021).

2.8 Østfold

I denne oppgaven benyttes data fra en befolkningsundersøkelse i regi av Østfold fylkeskommune. Som følge av kommunereformen ble Østfold 1. januar 2020 en del av Viken fylke, sammen med de tidligere fylkene Akershus og Buskerud (Regjeringen, 2020).

Østfolds folkehelseprofil fra 2019 viste at fylket hadde signifikant lavere skår på flere av indikatorene på folkehelsebarometeret, enn landet som helhet (Folkehelseinstituttet, 2019). Utdanningsnivået var lavere enn snittet for resten av landet, og frafallet i videregående skole var også høyere enn landet som helhet (Østfold fylkeskommune, 2019). Andelen med lav

inntekt og andelen av unge (0-17 år) som kommer fra lavinntektshusholdninger, var også noe høyere enn landet forøvrig (Folkehelseinstituttet, 2019). Barn av enslige forsørgere var også høyere enn resten av landet, og det var flere som mottok stønad til livsopphold i alderen 20-29 år. Østfold ligger under snittet når det gjelder antall sysselsatte, og hadde i 2019 flere registrerte arbeidsledig enn landet ellers (Østfold fylkeskommune, 2019). Undersøkelser i Norge viser en sterk sammenheng mellom tillit og andel med høyere utdanning på kommunenivå (Folkehelseinstituttet, 2020b). Kommuner med en høyere andel av innbyggere med høyere utdanning, skårer også høyere på tillit. Frafallsprosenten i videregående skole ser også ut til å være høyere i kommuner hvor gjennomsnittsnivået av tillit er lavt.

3 Forskningsspørsmål

På bakgrunn av teoretiske og empiriske funn beskrevet over, er det tydelig at grad av både vertikal og horisontal tillit i et samfunn er viktig for å oppnå god folkehelse. Det er derfor viktig å få mer kunnskap om nivået av tillit i befolkningen. Østfold er en del av landet som har en høy andel av befolkning med lav utdanning og lav inntekt, og innbyggerne skårer dårligere enn resten av landet på flere indikatorer på folkehelsebarometeret (Folkehelseinstituttet, 2019). Det er derfor også viktig med mer kunnskap om hvordan nivå av tillit fordeler seg i befolkningen i Østfold.

Formålet med denne studien var å undersøke grad av vertikal og horisontal tillit i befolkningen i Østfold, og om demografiske og sosioøkonomiske faktorer var assosiert med grad av tillit.

Det ble formulert følgende forskningsspørsmål:

1. Hvilken grad av tillit har befolkningen i Østfold?
2. Er kjønn og alder assosiert med grad av vertikal og horisontal tillit?
3. Er utdanningsnivå og opplevd økonomisk situasjon assosiert med grad vertikal og horisontal tillit?

De institusjonene som ble undersøkt for vertikal tillit var helsevesenet, skolevesenet, NAV (Arbeids- og velferdsforvaltningen), kommunestyret, politiet, rettsvesenet og massemedia. For helsevesenet, skolevesenet og NAV ble det også undersøkt om kjennskap og erfaring med institusjonene (mennesker med langvarig sykdom, elever, og trygdemottakere) var assosiert med grad av tillit til institusjonene.

4 Metode

4.1 Studiedesign

I denne studien ble det benyttet en kvantitativ tilnærming med et tverrsnitts-design. Data fra Østfolds tverrsnittsundersøkelse "Oss i Østfold 2019" ble benyttet. Undersøkelsen er en befolkningsundersøkelse iverksatt av Østfold fylkeskommune (2019), med hensikt å kartlegge faktorer som har betydning for folkehelsen.

4.2 Utvalg

Målgruppen i befolkningsundersøkelsen "Oss i Østfold 2019" var den voksne befolkning mellom 18-79 år, i alle Østfolds kommuner (Østfold fylkeskommune, 2019). 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 over 67 år. Det ble bestilt et utvalg hos Folkeregisteret med 116 179 respondenter fra Østfold. Totalt sett ble 89 740 invitasjoner sendt ut. Ved datainnsamlingens avslutning hadde 16 558 respondenter svart på undersøkelsen, noe som utgjorde en endelig svarrespons på 18.5 %. Svarandelen på tvers av kommunene var gjennomgående lik. Alders- og kjønnsfordelingen i det endelig utvalget følger stort sett befolkningen, men noen få unntak. Kvinner og de eldste over 67 år var noe overrepresentert (Østfold fylkeskommune, 2019).

Alle aldersgrupper ble inkludert i denne studien. Det ble valgt å ekskludere alle som hadde svart "ønsker ikke å svare", "vet ikke" eller som hadde "missing" på én eller flere av variablene som ble inkludert i analysene (n=7303). Det endelige utvalget i som ble brukt i denne studien ble derfor redusert til N=9255.

4.3 Datainnsamling

Undersøkelsen er iverksatt av Østfold fylkeskommune, og data ble samlet inn elektronisk med e-postutsendt invitasjon til et web-basert selvutfyllingsskjema (Østfold fylkeskommune, 2019). ØKS laget utkast til invitasjonsbrev og spørreskjema, tilrettelagt og formattert i samråd med Kantar AS. Undersøkelsen ble sendt ut med fylkesspesifikk invitasjon, signert av Folkehelseteamet, og påført Østfoldhelsa og fylkeskommunen sine logoer. Invitasjonen inneholdt henvisning til undersøkelsens gjennomføring, nødvendig informasjon om frivillighet og reservasjonsmuligheter, samt om analyseresultatenes anvendelse. Det var også informasjon om kartleggingen på ØFKs hjemmeside. Ved å svare på undersøkelsen samtykket

man til å delta. Målgruppen er identifisert og tilrettelagt hos Folkeregisteret, landets best oppdaterte befolkningsregister. Folkeregisterinformasjon er imidlertid ikke tilrettelagt for elektronisk utsending, mens Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi, 2019) har opprettet et kontaktregister (KRR), inklusive e-postadresse, som fellesløsning for offentlige virksomheter til bruk i dialogen med innbyggerne. Digital utsending muliggjøres ved kobling mot dette registeret, og gir mulighet til å reservere seg mot registrering.

4.4 Spørreskjema

Spørreskjema som er brukt i undersøkelsen ”Oss i Østfold 2019” bestod av 57 avkryssningsspørsmål (vedlegg 1). Spørsmålene var delt inn i temaer med spørsmål om helse, trivsel, arbeids, nærmiljø og andre faktorer som har betydning for folkehelsen. I denne studien ble det benyttet spørsmål som er knyttet til er til demografi og sosioøkonomisk posisjon. Spørsmål og variabler som ble benyttet i denne studien beskrives i detalj under.

4.4.1 Sosiodemografiske variabler

Kjønn og alder ble hentet fra Folkeregisteret og koblet til data av Kantar AS. Alder ble kategorisert til: ”0=18-24 år”, ”1=24-44 år”, 2=”45-55” år og ”3=over 67 år” basert på Statistisk Sentralbyrås fordeling av aldersgrupper i statistikk for levevaner (SSB, 2020).

Utdanning ble målt med spørsmålet ”Hva er din høyeste fullførte utdanning?”.

Svaralternativene var delt inn i fire kategorier: 1=”Grunnskole/framhaldsskole/folkehøyskole inntil 10 år”, 2=”Fagutdanning/realskole/videregående/gymnas minimum 3 år”, 3=”Høyskole/universitet mindre enn 4 år” og 4=”Høyskole/universitet 4 år eller mer”.

Opplevd økonomisk situasjon ble målt med spørsmålet ”Hvis du bor alene – tenk på din samlede inntekt. Dersom du bor med andre – tenk på den samlede inntekten til alle i husholdningen: Hvor lett eller vanskelig er det å få pengene til å strekke til i det daglige, med denne inntekten”. Svaralternativene var: 1 = ”svært vanskelig”, 2 = ”vanskelig”, 3 = ”forholdsvis vanskelig”, 4 = ”forholdsvis lett”, 5 = ”lett”, 6 = ”svært lett”. Variabelen ble dikotomisert til 0 = ”vanskelig” (svært vanskelig, vanskelig og forholdsvis vanskelig) og 1 = ”lett” (forholdsvis lett, lett og svært lett).

4.4.2 Tillitsvariabler

Vertikal tillit til institusjoner ble målt med spørsmålet ”Hvor stor eller liten tiltro har du til følgende institusjoner”: helsevesenet, skolevesenet, NAV, kommunestyret, fylkestinget, politiet, rettsvesenet og massemedia (tv, radio, aviser). Svaralternativene var ”svært stor”, ”ganske stor”, ”ganske liten”, ”svært liten”. Variablene ble rekodet og dikotomisert til 0=”liten” (ganske liten og svært liten) og 1=”stor” (svært stor og ganske stor). Det ble valgt å ekskludere institusjonen ”Fylkestinget” fra denne studien, på grunn av at en stor andel ikke hadde svart på denne variabelen.

Horisontal tillit ble målt med et spørsmål om generell tillit: ”Vil du si at folk flest er til å stole på, eller at en ikke kan være for forsiktig når en har med andre å gjøre?” Det ble brukt en 11-punkts svarskala med verdier fra 1=”0 kan ikke være for forsiktig” til 11=”10-folk flest er til å stole på”. Variablene ble først rekodet fra 0-10, basert på rapport om livskvalitet i Norge (FHI, 2020). Deretter ble variablene dikotomisert til 0 =”lav tillit” (0-6) og 1=”høy tillit” (7-10) ved hjelp av medianen for utvalget som var 7.

4.5 Datanalyser

IBM SPSS Statistics versjon 1.0.0.1508 ble benyttet for å utføre alle statistiske analyser. Deskriptiv statistikk ble gjort for alle variabler, og Pearsons Kji-kvadrat test ble benyttet for å undersøke eventuelle bivarierte sammenhenger mellom sosiodemografiske variabler og grad av tillit.

For å undersøke om de sosiodemografiske variablene kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomisk situasjon var assosiert med grad av tillit, ble det utført separate logistiske regresjonsanalyser for hver av tillitsvariablene. I analysene ble kjønn, alder, utdanning og opplevd økonomisk situasjon benyttet som uavhengige forklaringsvariabler, og de dikotomiserte vertikale og horisontale tillitsvariablene ble benyttet som den avhengige variabelen. Det ble utført separate analyser med logistisk regresjon for hver av de dikotomiserte tillitsvariablene. Analysene gir mål på odds ratio (OR), som måler forholdet mellom to odds, for eksempel hvor mye oddsen (risikoen) endrer seg om vi sammenligner en gruppe med referansekategori (Baldi og Moore, 2018). Det ble også regnet ut 95 % konfidensintervall. Signifikansnivå ble satt til $p \leq 0.05$. Nagelkerke R^2 ble benyttet som et pseudomål på forklart varians.

For tillit til helsevesenet, skolevesenet og NAV ble det utført tilleggsanalyser, der henholdvis ikke langvarig sykdom/langvarig sykdom eller helseproblem, ikke skoleelev/skoleelev eller student og ikke trygdemottaker/trygdemottaker ble lagt til som forklaringsvariabel i de logistiske regresjonsmodellene i tillit til de sosiodemografiske variablene.

4.6 Etske retningslinjer og vurderinger

Helsinkideklarasjonens etiske prinsipper for forskning (WMA, 2018) brukes aktivt over store deler av verden, og vil også følges i denne studien. Helseforskningsloven (2008) er særlig relevant å vurdere knyttet til denne studien. Formålet med loven er å fremme god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning, samt ivareta forskningsdeltakernes menneskerettigheter og menneskeverd. Formålet med studien er å gi ny kunnskap, uten at det går på bekostning av den enkelte forskningsdeltakerens rettigheter og interesser (Helseforskningsloven, 2008). Det er et viktig prinsipp at forskningsdeltakelsen skal være frivillig og deltakerne har rett til å være informert om formålet med studien. Rettferdighet er også et viktig prinsipp som skal ivaretas. Derfor bør alle grupper, uavhengig av deres sårbarhet, få anledning til å delta i forskningen (ibid). I Norge er Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) hjemlet i Helseforskningsloven (2008) og Forskningsetikkloven (2017), og har ansvaret for å vurdere og godkjenne forskningsprosjekter som faller innenfor disse lovverkene. I denne studien ble det vurdert at det ikke var nødvendig å fremlegge søknad for REK.

Denne studien tar utgangspunkt i Østfolds fylkeskommunes befolkningsundersøkelse fra 2019, hvor datainnsamling allerede var utført. Deltakelsen var frivillig, og det var informasjon om studiens formål og reservasjonsmuligheter, som nærmere er beskrevet i kapittel om 4.3 om datainnsamling. Informasjonen i datamaterialet kan ikke på noe vis identifisere enkeltpersoner, verken direkte gjennom navn og personnummer, eller indirekte gjennom bakgrunnsvariabler og navnelister. Det ble likevel sendt en søknad til Norsk Senter for Forskningsdata (NSD), i henhold til NMBUs retningslinjer for Handtering av forskningsdata (NMBU, 2018). NSD vurderte at data var anonyme og at studien ikke trengte vurdering eller godkjenning for å gjennomføres.

5 Resultater

5.1 Karakteristika og sosiodemografiske variabler

Tabell 1 viser en oversikt over sosiodemografiske variabler for det totale utvalget (n=16558) og for det analytiske utvalget (n=9255). Det analytiske utvalget presenterer det endelige utvalget som ble brukt i denne studien. I det totale utvalget var kvinner noe overrepresentert i forhold til menn, men i det analytiske utvalget var fordelingen relativt lik mellom kjønnene (tabell 1). Aldersgruppen 18-24 år var underrepresentert, og utgjorde omtrent 1/10 i begge utvalgene. Den største aldersgruppen i det totale og det analytiske utvalget var de mellom 45-66 år, og utgjorde henholdsvis 38.3 % og 41.2 %. De mellom 25-44 år utgjorde den nest største aldersgruppen, etterfulgt av aldersgruppen over 67 år (tabell 1).

Fordelingen mellom de uten og med høyere utdanning totalt, var relativt lik i begge utvalgene (tabell 1). Det var likevel en større prosentvis andel av de uten høyere utdanning som ble ekskludert fra denne studien. De med grunnskoleutdanning utgjorde den minste gruppen i det totale og det analytiske utvalget, henholdsvis 13.9 % og 11.2 %, mens de med videregåendeutdanning utgjorde den største gruppen (38.7 % og 36.9 %). Fordelingen mellom de med høyskole under 4 år (høyskole/universitet mindre enn 4 år) og de med høyskole over 4 år (høyskole/universitet 4 år eller mer) var omtrent lik i det analytiske utvalget, henholdsvis 26.4 % og 25.4 % (tabell 1). Majoriteten opplevde sin økonomiske situasjon som lett både før og etter ekskludering (75.5 % og 76.8 %). Av de som opplevde sin økonomiske situasjon som vanskelig var det 1560 respondenter som ble ekskludert (tabell 1).

Tabell 1. Karakteristika og sosiodemografiske variabler for totalt utvalg og analytisk utvalg

Karakteristika	Totalt utvalg (n=16558)		Analytisk utvalg (n= 9255)	
	n	%	n	%
Kjønn				
Kvinner	9415	56.9%	4749	51.3%
Menn	7143	43.1%	4506	48.7%
Alder, år				
18-24	1693	10.2%	807	8.7%
25-44	4898	29.6%	2873	31.0%
45-66	6346	38.3%	3817	41.2%
Over 67	3621	21.9%	1758	19.0%
Utdanning				
Grunnskole	2218	13.9%	1040	11.2%
VGS	6160	38.7%	3413	36.9%
Høyskole/Universitet mindre enn 4 år	3988	25.0%	2446	26.4%
Høyskole/Universitet 4 år eller mer	3569	22.4%	2356	25.5%
Opplevd økonomisk situasjon				
Lett	11441	75.5%	7105	76.8%
Vanskelig	3710	24.5%	2150	23.2%

5.2 Bivariate sammenhenger mellom sosiodemografi og tillit

For utvalget som helhet var helsevesenet den institusjonen som flest hadde høy tillit til (83.0 %), etterfulgt av rettsvesenet (82.6 %) og politiet (81.8 %). Det var 78.9 % av utvalget som oppga at de hadde høy tillit til skolevesenet, etterfulgt av NAV (50.1 %) og kommunestyret (47.2 %). Massemedia var den institusjonen som færrest hadde høy tillit til (42.9 %). Det var 65.9 % som oppga at de generelt hadde stor tillit til andre mennesker.

Kvinner hadde signifikant høyere tillit til alle institusjonene sammenlignet med menn, bortsett fra til helsevesenet (tabell 2). Det var ingen signifikant kjønnsforskjell i generell tillit, selv om det var en tendens til at en høyere andel kvinner hadde høy tillit (66.8 % vs. 65.0 %, $p=.066$). For alder var det også signifikante forskjeller i tillit, med unntak for tillit til politiet, og det var flest i den eldste aldersgruppen som hadde høy tillit totalt (tabell 2). For tillit til skolevesenet og rettsvesenet var det en klar trend der andelen med høy tillit økte med økende alder. Denne tendensen ble også observert i generell tillit. Et unntak ble funnet for tillit til kommunestyret, der det var den yngste aldersgruppen som hadde den største andelen med høy tillit (tabell 2).

Tabell 2. Andel (%) med høy tillit til institusjoner og høy generell tillit, fordelt etter kjønn og ulike aldersgrupper

Alle deltakere (n=9255)								
	Kjønn			Aldergruppe (år)				p-verdi*
	Kvinner	Menn	p-verdi*	18-24	25-44	45-66	67+	
Helsevesenet	83.6%	82.4%	.140	80.8%	79.7%	83.8%	87.9%	<.001
Skolevesenet	80.7%	77.1%	<.001	69.4%	76.1%	80.1%	85.5%	<.001
NAV	51.3%	48.8%	.015	51.2%	43.6%	47.8%	65.1%	<.001
Kommunestyret	50.6%	43.6%	<.001	55.0%	43.4%	45.8%	52.7%	<.001
Politiet	87.1%	76.3%	<.001	80.8%	80.9%	82.6%	82.1%	.257
Rettsvesenet	85.5%	79.6%	<.001	79.6%	80.7%	83.4%	85.4%	<.001
Massemedia	46.1%	39.6%	<.001	45.2%	39.4%	41.7%	50.2%	<.001
Generell tillit	66.8%	65.0%	.066	51.1%	56.4%	70.9%	77.3%	<.001

*Kji-kvadrattest for sammenligning av forekomst av høy tillit mellom kvinner og menn, og ulike aldersgrupper

Det ble funnet en klar sammenheng mellom økende grad av utdanning og andel som rapporterte høy tillit til institusjoner og generelt (tabell 3). Den samme sammenhengen ble også funnet for opplevd økonomisk situasjon, der de som opplevde denne som lett hadde høyere forekomst av høy tillit for alle tillitsvariablene (tabell 3). Gruppen som opplevde sin økonomiske situasjon som vanskelig hadde de laveste andelene med høy tillit til institusjoner og generelt sammenlignet med alle andre grupper (tabell 2 og 3).

Tabell 3. Andel (%) med høy tillit til institusjoner og høy generell tillit, fordelt etter utdanningsnivå, og opplevd økonomisk situasjon

	Alle deltakere (n=9255)							
	Utdanning				p-verdi*	Opplevd økonomisk situasjon		
	Grunn- skole	VGS	Høyskole <4 år	Høyskole >4 år		Vanskelig	Lett	p-verdi*
Helsevesen	76.0%	80.3%	83.8%	80.3%	<.001	69.4%	87.2%	<.001
Skolevesen	68.2%	75.3%	81.4%	86.3%	<.001	65.4%	83.0%	<.001
NAV	45.6%	45.1%	52.2%	57.0%	<.001	33.7%	55.0%	<.001
Kommunestyret	44.5%	45.1%	48.2%	50.3%	<.001	35.1%	50.8%	<.001
Politi	74.2%	79.1%	83.6%	87.4%	<.001	73.3%	84.4%	<.001
Rettsvesen	71.3%	79.0%	86.0%	89.4%	<.001	71.0%	86.2%	<.001
Massemedia	39.3%	40.1%	43.7%	47.8%	<.001	35.1%	45.3%	<.001
Generell tillit	54.4%	60.7%	68.6%	75.7%	<.001	45.0%	72.2%	<.001

*Kji-kvadrattest for sammenligning av forekomst av høy tillit mellom grupper med ulikt utdanningsnivå, og opplevd økonomisk situasjon

5.3 Logistisk regresjon

For å undersøke assosiasjonen mellom demografiske- og sosioøkonomiske variabler og de ulike målene for tillit, ble det utført logistisk regresjonsanalyser for hver av tillitsvariablene. For tillit til helsevesenet, skolevesenet og NAV ble det også utført tilleggsanalyser der en gruppevariable med spesiell relevans knyttet til institusjonen ble lagt til som uavhengig variabel.

5.3.1 Helsevesenet

Det var fortsatt ingen signifikante forskjeller mellom menn og kvinner i tillit til helsevesenet etter å kontrollert for alder, utdanning og opplevd økonomisk situasjon (tabell 4).

Aldersgruppen 25-44 år hadde signifikant lavere odds ratio (OR) for å ha høy tillit til helsevesenet, sammenlignet med aldersgruppen 18-24 år, mens aldersgruppen over 67 år hadde signifikant høyere OR (tabell 4). OR for å ha høy tillit til helsevesenet økte signifikant med lengden på utdanning og for de med høyskole over 4 år, var OR for å ha høy tillit til helsevesenet over 2 ganger så høy som for de med grunnskoleutdanning. Gruppen med lett opplevd økonomisk situasjon hadde over dobbelt så høy OR (OR=2.61) for å ha høy tillit til helsevesenet, sammenlignet med gruppen med vanskelig opplevd økonomisk situasjon (tabell 4).

Tilleggsanalysen viste at de som oppgav å ha langvarig sykdom eller helseproblem hadde signifikant lavere OR for å ha tillit til helsevesenet enn de som ikke hadde langvarig sykdom eller helseproblem (OR=0.69; 95 % CI: 0.62-0.77; $p \leq 0.001$).

Tabell 4. Resultater fra logistisk regresjonsanalyse, inkludert alle deltakere ($n=9255$). Tabellen presenterer odds ratio (OR) med 95 % konfidensintervaller og Nagelkerke R^2 .

	Helsevesen ($r^2=0.077$)	Skolevesen ($r^2=0.080$)	NAV ($r^2=0.077$)	Kommunestyret ($r^2=0.040$)
Kjønn				
Menn	1	1	1	1
Kvinner	1.10 (0.98-1.23)	1.28 (1.15-1.42)***	1.16 (1.07-1.26)***	1.35 (1.24-1.47)***
Alder(år)				
18-24	1	1	1	1
25-44	0.78 (0.64-0.96)*	1.18 (0.98-1.42)	0.64 (0.54-0.76)***	0.59 (0.50-0.70)***
45-66	0.98 (0.79-1.19)	1.47 (1.23-1.75)***	0.74 (0.63-0.83)***	0.64 (0.54-0.74)***
67+	1.27 (1.00-1.60)*	2.06 (1.67-2.54)***	1.46 (1.23-1.74)***	0.83 (0.69-0.98)*
Utdanning				
Grunnskole	1	1	1	1
VGS	1.26 (1.07-1.50)**	1.40 (1.19-1.64)***	0.81 (0.85-1.13)	1.02 (0.88-1.17)
Høyskole <4år	1.53 (1.27-1.84)***	1.87 (1.57-2.22)***	1.30 (1.12-1.52)***	1.13 (0.97-1.32)
Høyskole >4år	2.28 (1.86-2.79)***	2.47 (2.06-2.97)***	1.51 (1.29-1.76)***	1.18 (1.01-1.38)*
Opplevd økonomisk situasjon				
Vanskelig	1	1	1	1
Lett	2.61 (2.13-2.94)***	2.21 (1.97-2.47)***	2.11 (1.89-2.34)***	1.85 (1.67-2.06)***

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

5.3.2 Skolevesenet

Kvinner hadde signifikant høyere OR for å ha høy tillit til skolevesenet enn menn (tabell 4). OR for å ha høy tillit til skolevesenet, økte med økende alder. Aldersgruppen over 67 år hadde omtrent dobbelt så stor OR (OR=2.06) for å ha høy tillit til skolevesenet, enn den yngste gruppen. Blant de ulike utdanningsgruppene, hadde alle gruppene signifikant høyere OR ($p \leq 0.001$) for å ha høy tillit til skolevesenet, enn gruppen med grunnskoleutdanning. De med høyskoleutdanning under 4 år, hadde nesten to ganger høyere OR (OR=1.87) for å ha høy tillit til skolevesenet, enn de med grunnskole (tabell 4). For gruppen med høyskoleutdanning økte OR (OR=2.47) ytterligere, når man sammenlignet med grunnskolegruppen. De som hadde en lett opplevd økonomisk situasjon hadde signifikant høyere OR (OR=2.21; $p \leq 0.001$) for å ha høyere tillit til skolevesenet, sammenlignet med de som hadde en vanskelig opplevd økonomisk situasjon (tabell 4).

Tilleggsanalysen viste at skoleelever og studenter hadde signifikant lavere OR for å ha tillit til skolevesenet, sammenlignet med resten (OR=0.60; 95 % CI: 0.46-0.77; $p \leq 0.001$).

5.3.3 NAV

OR (OR=1.16) for å ha høy tillit til NAV var signifikant høyere hos kvinner enn menn (tabell 4). Mellom aldersgruppene hadde den eldste aldersgruppen (over 67 år) høyere OR (OR=1.46) for å ha høy tillit til NAV, sammenlignet med den yngste aldersgruppen (18-24 år). Aldergruppene 25-44 år og 45-66 år, hadde signifikant lavere OR for å ha høy tillit til NAV enn den yngste gruppen ($p \leq 0.001$). Gruppen med VGS hadde noe lavere OR (OR=0.81) for å ha høy tillit til NAV, enn de med grunnskole (tabell 4). For de med høyskole under 4 år var OR (OR=1.30) for å ha høy tillit til NAV signifikant høyere, sammenlignet med grunnskolegruppen. Det samme gjaldt for gruppen med høyskole over 4 år, hvor OR økte ytterligere (OR=1.51). OR for å ha høy tillit til NAV var over to ganger så høy (OR=2.11) hos gruppen som hadde en lett opplevd økonomisk situasjon, sammenlignet med gruppen som hadde en vanskelig opplevd situasjon (tabell 4).

Tilleggsanalysen viste at de som var på ulike trygdeytelser hadde signifikant lavere OR for å ha tillit til NAV sammenlignet med de som ikke var på trygdeytelser. Dette gjaldt både for de som var på typiske trygdeytelser (OR=0.64; 95 % CI: 0.53-0.77; $p \leq 0.001$) og for pensjonister (OR=0.72; 95 % CI: 0.58-0.90; $P=0.004$).

5.3.4 Kommunestyret

Kvinner hadde signifikant høyere OR (OR=1.35) for å ha høy tillit til kommunestyret enn menn (tabell 4). Aldersgruppene 25-44 år, 45-66 år og over 67 år hadde signifikant lavere OR for å ha høy tillit til kommunestyret enn den yngste aldersgruppen (18-24 år). Mellom de ulike utdanningsgruppene ble det ikke observert like store forskjeller i OR for å ha høy tillit til kommunestyret, som til de andre institusjonene. Likevel hadde de med høyskole over 4 år signifikant høyere OR (OR=1.18; $p \leq 0.05$) for å ha høy tillit til kommunestyret, enn de med grunnskole (tabell 4). De med lett opplevd økonomisk situasjon, hadde signifikant høyere OR (OR=1.85) for å ha høy tillit til kommunestyret, enn de med vanskelig opplevd økonomisk situasjon. Dette ser ut til å være en trend for alle tillitsvariablene. For tillit til kommunestyret indikerte R^2 at forklaringsvariablene i denne modellen forklarte 4.0 % av variansen (tabell 4).

5.3.5 Politi

Kvinner hadde over dobbelt så høy OR (OR=2.10) for å ha høy tillit til politiet enn menn (tabell 5). Dette var den største forskjellen mellom kjønn som ble observert i resultatene (tabell 4 og 5). Sammenlignet med den yngste aldersgruppen, var det fortsatt ingen signifikante forskjeller i OR til de andre aldersgruppene (tabell 5). OR for å ha høy tillit til politiet så ut til øke med lengden på utdanning, og var signifikant høyere hos alle utdanningsgruppene, sammenlignet med gruppen med grunnskoleutdanning. De med lett opplevd økonomisk situasjon hadde signifikant høyere OR (OR=1.88) for å ha høy tillit til politiet, enn for de med vanskelig opplevd økonomisk situasjon (tabell 5).

Tabell 5. Resultater fra logistisk regresjonsanalyse, inkludert alle deltakere (n=9255). Tabellen presenterer odds ratio (OR) med 95 % konfidensintervaller og Nagelkerke R². Verdien 1 presenterer referansekategoriene.

	Politi (r ² =0.067)	Rettsvesen (r ² =0.081)	Massemedia (r ² =0.028)	Generell tillit (r ² =0.129)
Kjønn				
Menn	1	1	1	1
Kvinner	2.10 (1.88-2.35)***	1.51 (1.34-1.69)***	1.33 (1.23-1.45)***	1.16 (1.06-1.27)**
Alder(år)				
18-24	1	1	1	1
25-44	0.89 (0.73-1.10)	0.87 (0.71-1.07)	0.73 (0.62-0.86)***	1.03 (0.87-1.22)
45-66	1.03 (0.84-1.26)	1.04 (0.85-1.27)	0.80 (0.69-0.94)**	1.94 (1.65-2.28)***
67+	0.99 (0.80-1.25)	1.17 (0.94-1.47)	1.14 (0.96-1.36)	2.54 (2.11-3.06)***
Utdanning				
Grunnskole	1	1	1	1
VGS	1.28 (1.09-1.51)**	1.49 (1.27-1.75)***	1.04 (0.90-1.20)	1.31 (1.13-1.51)***
Høyskole <4år	1.58 (1.32-1.89)***	2.29 (1.91-2.74)***	1.19 (1.02-1.38)*	1.76 (1.50-2.06)***
Høyskole >4år	1.99 (1.65-2.42)***	2.89 (2.38-3.52)***	1.36(1.17-1.58)***	2.33 (1.97-2.75)***
Opplevd økonomisk situasjon				
Vanskelig	1	1	1	1
Lett	1.88 (1.67-2.12)***	2.24 (1.98-2.53)***	1.42 (1.28-1.57)***	2.61 (2.36-2.90)***

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

5.3.6 Rettsvesen

Kvinner hadde også signifikant høyere OR for å ha høy tillit til rettsvesenet enn menn (tabell 5). Mellom aldersgruppene var det heller ikke her signifikante forskjeller i tillit til rettsvesenet, sammenlignet med den yngste aldersgruppen. Gruppen med høyskoleutdanning under 4 år hadde over to ganger så OR (OR=2.29) for å ha høy tillit til rettsvesenet, sammenlignet med grunnskolegruppen (tabell 5). OR for å ha høy tillit til rettsvesenet økte ytterligere for de med høyskoleutdanning over 4 år (OR=2.89), sammenlignet med grunnskolegruppen. OR (OR=2.24) var signifikant høyere for å ha høy tillit til rettsvesenet for de med lett opplevd økonomisk situasjon, enn for de med vanskelig opplevd økonomisk situasjon (tabell 5).

5.3.7 Massemedia

Kvinner hadde signifikant høyere OR (OR=1.33) for å ha høy tillit til massemedia, sammenlignet med menn (tabell 5). Det var ingen signifikant forskjeller i tillit til massemedia mellom den yngste og den eldste aldersgruppen. Aldersgruppene 25-44 år hadde derimot signifikant lavere OR (OR=0.73) for å ha høy tillit til massemedia, enn den yngste gruppen. Aldersgruppen 45-66 år hadde også signifikant lavere OR (OR=0.80) for å ha høy tillit til massemedia enn den yngste gruppen (tabell 5). Det var ingen signifikante forskjeller i tillit til massemedia mellom de med VGS og de med grunnskoleutdanning (OR=1.04). De med høyskole over 4 år hadde signifikant høyere OR (OR=1.36) for å ha høy tillit til massemedia, enn grunnskolegruppen. Sammenlignet med de andre institusjonene, ble den laveste forskjellen i OR mellom de med lett og vanskelig opplevd økonomisk situasjon observert i tillit til massemedia (tabell 5). Gruppen som hadde en lett opplevd økonomisk situasjon hadde likevel signifikant høyere OR (OR=1.42) for å ha høy tillit til massemedia, enn gruppen med vanskelig opplevd økonomisk situasjon. R^2 indikerte at tabellen kun forklarte 2.8 % av variansen, noe som var det laveste av alle tillitsvariablene som er inkludert i denne studien (tabell 5).

5.3.8 Generell tillit

Analysen viste også at kvinner hadde signifikant høyere OR (OR=1.16) for å ha høy generell tillit til andre mennesker, enn menn (tabell 5). Aldersgruppen 45-66 hadde signifikant høyere OR (OR=1.94) for å ha høy generell tillit enn den yngste gruppen. Den eldste aldersgruppen hadde også signifikant høyere OR (OR=2.54) for å ha høy generell tillit enn de yngste. OR for å ha høy tillit økte med lengden på utdanning, og var signifikant forskjellig i alle utdanningsgrupper sammenlignet med grunnskolegruppen (tabell 5). De med høyskole over 4 år hadde over to ganger høyere OR (OR=2.33) for å ha høy generell tillit, enn gruppen med kun grunnskole. OR (OR=2.61) for å ha høy generell tillit var også signifikant høyere hos de som opplevde sin økonomisk situasjon som lett, sammenlignet med de som opplevde sin økonomiske situasjon som vanskelig. Den største forskjellen i OR mellom disse gruppene, ble observert i generell tillit. For generell tillit indikerte R^2 at forklaringsvariablene i denne tabellen forklarte hele 12,9 % av variansen (tabell 5).

6 Diskusjon

6.1 Oppsummering av resultatene

For utvalget som helhet var helsevesenet den institusjonen flest hadde høy tillit til (83.0 %), etterfulgt av rettsvesenet (82.6 %), politiet (81.8 %) og skolevesenet (78.9 %). Det var bare halvparten av utvalget som oppga at de hadde høy tillit til NAV (50.1 %), mens under halvparten hadde høy tillit til kommunestyret (47.2 %) og massemedia (42.9 %). Det var 65.9 % av utvalget som oppga at de generelt hadde høy tillit til andre mennesker. Funnene i denne studien viste at det var klare sosiodemografiske forskjeller i grad av både vertikal og horisontal tillit. Kvinner hadde høyere tillit til alle institusjoner sammenlignet med menn, bortsett fra til helsevesenet der det ikke ble funnet noen kjønnsforskjeller i grad av tillit. Kvinner hadde også høyere generell tillit til andre mennesker. Den eldste aldersgruppen (over 67 år) hadde høyere tillit til alle institusjoner, bortsett fra kommunestyret og politiet, sammenlignet med den yngste aldersgruppen (18-24 år). Den generelle tilliten økte gradvis med alderen, og de eldste og aldersgruppen mellom 45-66 år, hadde signifikant høyere generell tillit enn den yngste aldersgruppen.

Resultatene viste også at det var en klar trend at både vertikal og horisontal tillit økte utdanningsnivå. Sammenlignet med gruppen som kun hadde grunnskole, var de med høyskole over 4 år den gruppen som hadde høyest tillit til alle institusjoner, etterfulgt av de med høyskole under 4 år og gruppen med videregående utdanning. Den samme trenden ble funnet for den generelle tilliten. Det ble også funnet en sammenheng mellom økonomisk situasjon og grad av tillit, der gruppen som opplevde sin økonomiske situasjon som lett hadde høyere tillit til alle institusjoner, og høyere generell tillit, enn gruppen som oppga å oppleve sin økonomiske situasjon som vanskelig. Både forskjellen mellom utdanningsgruppene og de med ulik opplevd økonomisk situasjon, bekreftet en sosial gradient i forekomst av tillit. Tilleggsanalysen viste at det å potensielt ha kjennskap og erfaring med helsevesenet, skolevesenet og NAV var assosiert med lavere grad av tillit til institusjonene.

I diskusjonsdelen vil resultatene fra denne studien først bli diskutert opp mot tidligere forskning og teori. Resultatdiskusjonen er delt i tre hoveddeler, hvor det først diskuteres grad av vertikal tillit til ulike institusjoner blant befolkningen i Østfold, og deretter det horisontale og generelle nivået av tillit til andre mennesker. Videre diskuteres de demografiske

forskjellene i tillit, etterfulgt av de sosioøkonomiske forskjellene. Til slutt vil studiens styrker og svakheter diskuteres i metodediskusjonen.

6.2 Grad av tillit i befolkningen i Østfold

Som beskrevet innledningsvis kan tillit komme til uttrykk innenfor eller mellom ulike nettverk og aktører, og beskrives ofte som vertikal og horisontal tillit. Den vertikale tilliten er basert på et avstandspreget forhold og omfatter tilliten til institusjoner i samfunnet (Wollebæk og Seggaard, 2011). Den horisontal tilliten er basert på større nærhet, og er knyttet til den generelle tilliten mellom mennesker i et samfunn (Eek og Rothstein, 2005).

6.2.1 Vertikal tillit

Resultatene i denne studien viste at helsevesenet var den institusjonen flest totalt hadde tillit til (83.0 %). Ifølge Norsk koronamonitor fra Opinion (2021) sin undersøkelse svarte 80 % av 68.000 nordmenn at de hadde tillit til at de får tilstrekkelig behandling av helsevesenet om de skulle bli smittet av koronaviruset. En viktig forklaring til høy grad av tillit til helsevesenet, kan være at tilbudet av helsetjenester omfatter alle, og det offentlige dekker det meste av helseutgiftene (Ringard et al., 2013). Pasienter er dermed i stor grad sikret å få den helsehjelpen de trenger uavhengig av økonomisk situasjon. Norge er blant landene i verden som bruker mest penger på helse per innbygger, og det offentlige står for finansieringen av mer enn 85 % av de totale helseutgiftene i landet (ibid).

Til tross for dette, finnes det utfordringer med å sikre lik tilgang til helsetjenester over hele landet (Ringard, et al., 2013). I en befolkningsundersøkelse om kvalitet og brukeropplevelser i helsevesenet gjennomført i 2015 ble det funnet at én av tre hadde hatt negative opplevelser med helsevesenet i løpet av de siste fem årene, de fleste opplevelsene i offentlig sektor (Forbrukerrådet, 2015). De negative opplevelsene var ofte knyttet til manglende oppfølging fra lege/ansatte og opplevd dårlig kommunikasjon med lege/ansatte. Manglende informasjon og lang ventetid ble også oppgitt som negative opplevelser med helsevesenet. Det var 37 % som svarte bekreftende på at de opplevde at det var for dårlig tid å snakke om egen helse når de var hos fastlegen, og 23 % oppga at de hadde kjøpt private helsetjenester for å få raskere undersøkelse og operasjon (Forbrukerrådet, 2015). Resultatene fra tilleggsanalysene i denne studien viste videre at de som oppgav å ha langvarig sykdom eller helseproblem hadde signifikant lavere tillit til helsevesenet enn de som ikke hadde langvarig sykdom eller

helseproblem. Denne tilliten kan knyttes til den partikulære dimensjonen av tillit (Wollebæk og Seggaard, 2011), og den lavere tilliten kan være grunnet erfaring med helsevesenet. Ydmykhet, respekt og likeverdighet er viktige prinsipper i kommunikasjonen med pasient og lege for å kunne bygge et tillitsforhold. Dersom pasienten føler at tiden er for dårlig til å snakke om egen helse, kan det derfor føre til lavere grad av tillit til helsevesenet. En annen årsak til at mennesker kan ha lav tillit til helsevesen, kan komme av at moderne medisin lover for mye helbredelse og sikkerhet (Fugelli, 2001). Dette kan føre til at pasienter med sykdom har for høye forventninger til helsevesenet, og at det de opplever ikke samsvarer med forventningene. Det er også sannsynlig at mennesker med langvarig sykdom eller helseproblem kan ha et særlig behov for tillit fordi sykdom innebærer tap av tillit til kroppen og dens funksjonsevne (ibid). Dette kan forsterke behovet og forventningene til helsevesenet og leger, og gi høye forventninger til deres moralske integritet og medisinske kompetanse (Fugelli, 2001).

Det var også et generelt høyt nivå av tillit til politi og rettsvesen i totalutvalget i denne studien. Dette samsvarer med en undersøkelse basert på funn fra levekårsundersøkelsene gjort av Barstad og Sandvik (2015) som viste at 69 % hadde høy tillit til rettsvesenet, mens 75 % av hadde høy tillit til politiet. Funn fra denne masterstudien viste at utvalget som helhet hadde høy tillit til politiet (81.8 %). Tall fra European Social Survey har vist at politiet og rettsvesenet var institusjonene nordmenn hadde høyest tillit til (Kleven, 2016). Tilliten lå stabilt høyt fra 2002-2014 (ibid). Politiet har en aktiv rolle i samfunnet, hvor de bistår i en rekke situasjoner som medfører synlighet og nærhet til befolkningen (Olaussen, 2005), noe som kan bygge en tillitsrelasjon. I politiets nasjonale innbyggerundersøkelse for 2018 var det 77 % av utvalget som svarte at de hadde ganske- eller svært høy tillit til politiet (Kantar TNS, 2018). Mennesker som ikke hadde vært utsatt for kriminelle hendelser og innbyggere som oppfattet at politiet var synlig og i kontakt med lokalmiljøet, hadde også høy tillit til politiet. Tillit til politiet er nødvendig for at befolkningen i et samfunn skal godta en form for handlingsbegrensinger, og for at politiet skal kunne sørge for lov og orden i samfunnet (Kantar TNS, 2018). Dette kan skape en form for trygghet som igjen genererer ytterligere tillit til institusjonen.

Rettsvesenet var den institusjonen nest flest hadde høy tillit til i denne masterstudien. Resultatene viste at hele 82.6 % av det totale utvalget oppga at de hadde høy tillit til institusjonen. Ipsos tiltrouundersøkelse som er gjennomført på oppdrag for

Domstolsadministrasjonen viste at hele 92 % av befolkningen i Norge hadde stor eller ganske stor tiltro til domstolene 2020 (Domstolsadministrasjonen, 2020). Norge har også blitt rangert høyt når det gjelder rettsikkerhet, og kom i 2020 på en andreplass i en global kåring av World Justice Project (World Justice Project, 2020). Olaussen (2005) mener nordmenns tillit til domstolene blant annet kan komme av at vi lever i et samfunn med begrensede sosiale motsetninger og politiske partier med mange av de samme verdiene, hvor det er mulighet for å skape en politisk enighet om viktige avveininger i lovgivningsprosessen. Videre hevder Olaussen (2005) at domstolene igjen er en viktig testarena for lover som politikerne vedtar, og kan høste en del av æren av vellykkede politiske beslutninger. En annen årsak som kan forklare den høye tilliten til rettsvesenet, er at institusjonen representerer viktige demokratiske verdier om sannhet og rettferdighet (ibid), i likhet med politiet. De er dessuten uavhengige, og kan beskytte befolkningen mot overgrep fra de andre statsmaktene ved å sørge for at lover og regler blir overholdt (Norges domstoler, 2021).

Resultatene fra denne studien viste at kun 50.1 % av utvalget hadde høy tillit til NAV, noe som var relativt lavt sammenlignet med de andre institusjonene som er inkludert. En av årsakene til den lave tilliten kan komme av at NAV de siste årene har arbeidet med en effektivisering og digitalisering av sine tjenester (Thorgersen, 2017). Kommunikasjonen mellom bruker og institusjon har gått fra fysiske møter, til at møtene foregår over internett eller telefon. Større overganger i arbeids- og velferdstjenestene vil kunne utfordre befolkningens tillit til tjenestene, og en slik digitalisering har vært preget av usikkerhet om svake brukergrupper vil oppleve en høyere terskel til informasjon og hjelp. I NAVs egne brukerundersøkelse viste funn at brukererfaring som informasjon, opplevelse av service og ivaretagelse av rettigheter har særlig betydning for variasjonene i tillit til NAV (Thorgersen, 2017). En digitalisering kan ha ført til større avstand mellom institusjonen og bruker, og det byråkratiske systemet kan hos sårbare grupper skape frykt og fremmedgjøring, som igjen vil prege tillitsforholdet (Eizenberg og Jahareen, 2017). Resultatene i denne masteroppgaven har vist at både mottakere av trygdeytelser og pensjonister hadde signifikant lavere tillit enn de som ikke mottok noen trygdeytelser, noe som kan indikere at brukeropplevelsen med NAV er negativ. Men det å være utenfor arbeidslivet i seg selv kan også være en belastning for individet, hvor sosiale nettverk og relasjoner blir redusert. Det kan også føre til sosial ekskludering som er ledsaget av mistillit, ved at individene blir utestengt fra det veletablerte samfunn fordi de har en lavere sivil deltakelse i samfunnet enn majoritet av befolkningen (Putnam, 2000). Basert på funnene fra denne oppgaven er det umulig å slutte noe om hvorfor

de som har erfaring med NAV har lavere tillit til institusjonen enn de som ikke har erfaring. Likevel er det noe som bør undersøkes nærmere, da det er avgjørende at brukerne av NAVs tjenester har tillit til at sensitive opplysninger og egne interesser blir ivaretatt, for å oppnå høy vertikal tillit til institusjonen (Listhaug og Ringdal, 2008).

I denne studien var massemedia den institusjonen færrest hadde høy tillit til (42.9 %). En global undersøkelse fra 2019 som undersøkte tillit til media viste at oppfattet tilliten til media hadde sunket de siste fire årene, som følge av utbredelsen av falske nyheter og tvil om mediernes uavhengighet og intensjoner (Ipsos, 2019). Oppfattet forandret tillit til mediekilder varierte stort mellom land, og det var delte meninger om hvorvidt man kan stole mer på nyheter fra offentlige medieinstitusjoner enn fra private. Globalt oppga omtrent halvparten at de hadde tillit til massemedia som troverdige kilder til nyheter og informasjon (ibid), noe som er i tråd med resultatene fra denne masterstudien. Den høye mistilliten til massemedia kan også henge sammen med troen på at institusjonen prioriterer egne interesser fremfor å ivareta hele samfunnets interesser. Funnene fra den globale undersøkelsen viste også at mennesker stolte mest på nyheter og informasjon fra andre mennesker de kjenner personlig (Ipsos, 2019), noe som kan knyttes til den horisontale tilliten.

6.2.2 Horisontal tillit

Funnene i denne oppgaven har vist at 65.9 % av utvalget som helhet oppga at de generelt hadde høy tillit til andre mennesker. Ifølge funn fra European Social Survey fra 2014 lå Norge på tredjeplass av de land som hadde høyest sosial tillit, med Danmark og Finland på henholdsvis første- og andreplass (Andreasson, 2017). Funn fra en annen analyse har vist at det å være innbygger i en nordisk eller liberal velferdsstat økte innbyggernes nivå av sosial tillit (Haugset, 2014). I rapporten Trust – The Nordic Gold blir det foreslått to tilnærminger om hvordan sosial tillit oppstår (Andreasson, 2017). Den ene er knyttet til institusjonelle faktorer, mens den andre fokuserer på det sosiale samspillet i samfunnet. Sosiale faktorer som så ut til å være spesielt viktige for å bygge horisontal tillit i samfunnet på sikt, var engasjement i arbeidslivet og det sivile samfunn (ibid). At Norge er et inkluderende land hvor alle skal ha like muligheter til å bidra og delta i fellesskapet (Regjeringen, 2021), kan dermed være en viktig årsak til den høye horisontale tilliten. Ifølge Rothstein og Stolle (2008) er den generaliserte tilliten mellom landsmenn en vesentlig del av landets sosial kapital.

Det finnes også indikasjoner for at høy institusjonell tillit kan påvirke generell tillit (Sønderskov og Dinesen, 2015). I denne masteroppgaven ble ikke en slik sammenheng undersøkt, men det ble funnet at det var de samme sosiodemografiske gruppene som rapporterte høy tillit til institusjoner som også hadde høy generell tillit. Å oppfatte institusjoner som nyttige verktøy for kollektiv handling kan forsterke følelsen av delt skjebne og solidaritet, og øke nivåene av generell tillit (Wollebæk og Selle, 2008). Opplevelser som former tillit til institusjoner ser også ut til å spille en viktig rolle for om mennesker kan stole på at medborgere følger samfunnets regler, ifølge andre undersøkelser (Hauge, 2014). Dette er i tråd med Uslaners (2002) teori om moralsk tillit, som han kalte den generelle tilliten i samfunnet. Teorien baserte seg på et optimistisk syn på verden, og troen på at mennesker kunne samarbeide for å gjøre den bedre. Omvendt kan en økning i avstand mellom medborgere og institusjoner gi utslag i minkende tillit (Schyns og Koop, 2010). Rettferdige og effektive samfunnsinstitusjoner ser dermed ut til å være av stor betydning for at det generelle tillitsnivået skal styrkes (Wollebæk og Selle, 2008).

Vertikal- og horisontal tillit ser ut til å ha en viktig betydning for å generere sosial kapital i samfunnet. Funn fra denne masteroppgaven og andre undersøkelser kan indikere at relasjonen mellom disse formene for tillit er komplementær (Andreasson, 2017). I denne masteroppgaven viste resultatene at det også var demografiske og sosioøkonomiske forskjeller i grad av tillit, og disse funnene vil nå diskuteres videre i de neste kapitlene.

6.3 Demografiske forskjeller i tillit

Funn fra denne studien viste at kvinner hadde signifikant høyere tillit til alle institusjoner, bortsett fra helsevesenet, sammenlignet med menn. Det ble også funnet at kvinner hadde høyere generell tillit enn menn. Funn fra levekårsundersøkelsene gjennomført av Statistisk sentralbyrå fant i likhet med dette, at kvinner i større grad hadde horisontal og vertikal tillit, sammenlignet med menn (Barstad og Sandvik, 2015). Kvinnene hadde blant annet høyere tillit til politiet, rettsvesenet og det politiske systemet enn menn, som er i tråd med funnene fra denne masteroppgaven. I andre studier er det litt blandede funn i forhold til hvorvidt kjønn er assosiert med grad av tillit (Schyns og Koop, 2010). Funn indikerer at kvinner ofte er mer involvert i nære sosiale nettverk enn menn, som er knyttet til ”bonding” og den horisontale tilliten (ibid). Det er også funnet i andre studier at menn oftere deltar i frivillige og politiske

organisasjoner i samfunnet (Saltkjel og Malmberg-Heimonen, 2014; Barstad og Sandvik 2015), og i European Social Survey 2014 ble det også funnet at menn hadde høyere tillit til Stortinget, enn kvinner (Kleven, 2014). Det kan dermed tenkes at menn oftere knytter relasjoner i form av ”linking”, som er knyttet til den vertikale tilliten. Det er likevel umulig å trekke en endelig konklusjon om dette ut i fra funnene fra denne oppgaven, men funn fra andre studier kan indikere at tendensen med at kvinner har høyere vertikal tillit ikke er entydig (Kleven, 2014).

I denne undersøkelsen ble det også funnet aldersforskjeller i vertikal og horisontal tillit. Andelen som hadde høy tillit til institusjonene var større hos de over 67 år, sammenlignet med de andre aldersgruppene, med unntak av tilliten til kommunestyret og politiet. Den generelle tilliten økte også med alder, og aldersgruppene 45-66 år og de over 67 år, hadde signifikant høyere generell tillit enn de mellom 18-24 år. Andre studier har også funnet at høy alder er assosiert med høy grad av tillit (Saltkjel og Malmberg-Heimonen, 2011). En hypotese kan være at eldre i større grad prioriterer relasjoner som er preget av tilknytning og tillit, som resultat av et begrenset fremtidsperspektiv (Li og Fung, 2012). Ved å konsentrere seg om nære sosiale nettverk, kan eldre voksne oppleve høyere sosial tilknytning, og dermed nyte et mer pålitelig sosialt miljø (Lang og Carstensen, 2002; Li og Fung 2012). Tillit utvikles i samspill med andre, og med alderen er det mulig man blir mer bevisst på fordelene av tillitsfulle bånd (Li og Fung, 2012). En årsak til at yngre voksne har lavere generell tillit kan være at de i større grad prioriterer sosiale relasjoner som potensielt kan gi flere fremtidig muligheter, fremfor det trygge og forutsigbare (Fredrickson og Carstensen, 1990).

Den yngste aldersgruppen (18-24 år) skåret lavest på tillit til skolevesenet, sammenlignet med de andre aldersgruppene. Tilleggsanalysene viste også at skoleelever og studenter hadde lavere tillit til skolevesenet enn resten. En årsak til at skoleelever og studenter hadde lav tillit til skolevesenet, kan være deres manglende følelse av tilhørighet til skolen (Mitchell et al., 2018). Elever som føler mestring og aksept, kan ha større sannsynlighet for å føle en tilhørighet og utvikle tilknytning i form av ”bridging” til institusjonen. På den andre siden, kan elever som ikke føler aksept og tilhørighet i skolen, utvikle et forhold til institusjonen som er basert på avstand (ibid). Dette kan skape fremmedgjøring, hvor det kan oppstå et usymmetrisk maktforhold. Skolen kan dermed oppleves autoritær, og i følge Putnam (1993) så vil ikke relasjoner eller nettverk basert på streng kontroll generere tillit.

I denne masteroppgaven skåret den yngste aldersgruppen også lavest på generell tillit. Tidligere studier har også vist at aldersgruppen unge voksne skårer lavere på sosial kapital og tillit (Saltkjel og Malmerg-Heimooen, 2014), og undersøkelser på landsbasis i Norge viser at aldersgruppen 18-24 år skårer lavest på generell tillit, sammenlignet med eldre aldersgrupper (Folkehelseinstituttet, 2020b). Imidlertid var den yngste aldersgruppen som var den gruppen som hadde den høyeste tilliten til kommunestyret, sammenlignet med de andre aldersgruppene. I en rapport om det norske lokaldemokratiets legitimitet viste det seg at befolkningens politiske tillit sank fra 2011 til 2019, også på lokalt nivå (Seegard, 2020). Undersøkelser har også vist at unge voksne har lavest valgdeltakelse i kommunestyrevalg (SSB, 2019). Det er derfor positivt at den yngste aldersgruppen i Østfold ser ut til å ha høyere tillit til den kommunale politikken enn resten av utvalget. På en annen side kan forskjellene som ble funnet også skyldes at de eldre aldersgruppene hadde enda lavere tillit til kommunestyret enn de yngre. En annen norsk undersøkelse har også vist at eldre i større grad følger med på nyheter om politikk og samfunn (Medietilsynet, 2019), som kan føre til at denne aldersgruppen får med seg flere konflikter og evner å stille flere kritiske spørsmål knyttet til politikken, og derfor får lavere tillit.

6.4 Sosioøkonomiske forskjeller i tillit

Resultatene i denne studien viste at de med høyere utdanning både hadde høyere vertikal og horisontal tillit enn de med lavere utdanning. Dette er i tråd med en rekke andre studier som har vist at økende utdanning er positivt korrelert med grad av tillit (Wollebæk og Segard, 2011; Barstad og Sandvik, 2015). Studier har vist at mennesker med høy utdanning har høyere generell tillit til andre mennesker, enn de med lav utdanning (Saltkjel og Malmberg-Heimonen, 2014). I European Social Survey fra 2014 ble det også funnet at de med kun grunnskoleutdanning hadde lavere vertikal tillit, enn de med høyskoleutdanning (Kleven, 2014). Et interessant funn i denne masteroppgaven var at den sosiale gradienten ble observert også mellom de med høyskole under 4 år og de med høyskole over 4 år. Dette illustrerer at den sosiale gradient strekker seg gjennom hele den sosiale variasjonen i samfunnet, også mellom grupper som er i det høyere sjiktet i den sosiale gradienten (Marmot, 2017).

Det er flere mekanismer som kan forklare sammenhengen mellom grad av utdanning og tillit (Yang, 2019). For det første er skolegang ofte kjennetegnet av en pro-sosial atferd som oppfordrer til sosial tillit. For det andre, kan kunnskap, økt forståelse og kritisk tenkning

utvikles gjennom utdanning, noe som kan føre til økt tillit. Sist, kan utdanning påvirke tillit gjennom å endre individets sosiale posisjon og muligheter, noe som kan føre til flere positive erfaringer med andre, både vertikalt og horisontalt (Yang, 2019). Det kan imidlertid tenkes at utdanning også kan redusere tillit dersom utdanning gjør en mer kritisk til samfunnet og hvordan samfunnet fungerer, men dette støttes ikke av funnene i denne studien.

Det ble funnet en klar sammenheng mellom de som opplevde sin økonomiske situasjon som lett og andelen som rapporterte høy vertikal og horisontal tillit. Gruppen som opplevde sin økonomiske situasjon vanskelig, hadde de laveste andelen med høy tillit til institusjoner og generell tillit, sammenlignet med alle andre grupper i denne studien. Regresjonsanalysene viste også at de som opplevde sin økonomiske situasjon lett hadde signifikant høyere tillit til alle institusjoner og generell tillit, enn de som opplevde sin økonomiske situasjon vanskelig. Den største forskjellen som ble funnet var for generell tillit. At inntekt er en faktor som er sterkt assosiert med tillit er også funnet i andre studier (Barstad og Sandvik, 2015; Navarro-Carillo, et al., 2016; Wollebæk og Seggaard, 2011; Barstad og Sandvik, 2015). En teori som kan forklare dette mønsteret bygger på sosialpsykologisk forskning om sosial posisjon og stigma (Brandt, et al., 2015). Teorien går ut på at lav inntekt assosieres med en lav sosial posisjon i samfunnet. Mennesker i en slik posisjon kan oppleve en urettferdighet og diskriminering i samfunnet, som kan true deres sosiale verdi (Elgar, 2010). Dette kan igjen utløse en forsvarsmekanisme som innebærer å ha lavere tillit til andre. På den andre siden kan høy sosioøkonomisk posisjon generer mer tillit, fordi mennesker i en høy sosial posisjon har større sannsynlighet for å ha mer vellykkede yrkeserfaringer, mer sosial kapital og andre ressurser (Brandt, et al., 2015). Selv om sosioøkonomisk posisjon ser ut til å kunne påvirke tillit, finnes det også grunner til å tro at tillit kan påvirke sosioøkonomisk posisjon. Mennesker som har mer vertikal og horisontal tillit, kan ha større sannsynlighet for å bygge sosial kapital (Putnam, 2000), og dette kan igjen føre til sosial mobilitet som kan medføre økning i inntekt. Det er også verdt å merke seg at selv om individuell inntekt ser ut til å ha en vesentlig betydning for grad av tillit, viser studier at fordelingen av inntekt i et land ser ut til å være viktigere (Elgard, 2010; Saltkjel og Malmberg-Heimonen, 2014).

Samlet sett viste resultatene i denne studien at graden av tillit i utvalget fra Østfold fulgte en sosial gradient. Tillit er en viktig faktor for å bygge sosial kapital som igjen har stor betydning for fellesskapets og individets livskvalitet, ved at det er en ressurs som kan fremme helse gjennom ulike virkemåter (Carlquist, 2015). Sett fra et folkehelseperspektiv er tillit derfor

viktig for at mennesker skal oppleve god helse og livskvalitet. Et lykkelig samfunn med et vellykket demokrati beskrives ofte som et samfunn hvor mennesker har høy tillit til hverandre og til samfunnsinstitusjonene (Folkehelseinstituttet, 2020b). Dersom den sosiale kapital brytes ned i samfunnet, kan det gi konsekvenser for evnen til samarbeid, som igjen kan påvirke økonomien, demokratiet og folkehelsen negativt.

6.5 Metodediskusjon

I denne delen vil studiens metodiske styrker og svakheter bli diskutert.

6.5.1 Metodisk tilnærming og studiedesign

Det ble benyttet en kvantitativ tilnærming i form av tverrsnittsundersøkelse som anses å være mest egnet for studiens formål. Tverrsnittsundersøkelser brukes ofte for å estimere forekomsten og fordeling av ulike variabler hos befolkningsgrupper karakterisert etter kjønn, alder og sosioøkonomisk posisjon (Wang og Cheng, 2020). En begrensning ved studiedesignet er dets manglende mulighet til å trekke konklusjoner om årsakssammenhenger, fordi eksponeringsfaktor og utfall måles på samme tidspunkt. Men studiedesignet gjør det mulig å inkludere et stort utvalg av populasjonen, og å samle inn informasjon om mange ulike variabler (ibid). En annen fordel er at man kan studere flere utfall samtidig, og dette kan være nyttige for å etablere foreløpige indisier om årsakssammenhenger som kan være nyttige for videre forskning (Rothman, 2012). En svakhet ved å benytte kvantitativ metode er at man ikke får inngående kjennskap til hvordan informantene forstår de faktorene og begrepene som blir undersøkt og deres egen forståelse av årsakssammenhenger, slik man kunne fått ved bruk av en kvalitativ tilnærming (Wang og Cheng, 2020).

6.5.2 Validitet og reliabilitet

Validitet betegner hvor godt vi klarer å undersøke det vi har til hensikt å undersøke, mens reliabilitet brukes om nøyaktigheten og påliteligheten ved det vi ønsker å undersøke (Rothman, 2012). Dersom den samme undersøkelsen eller målingen gjentas flere ganger, er målet reliabelt om vi får det samme svaret hver gang. Denne studien baserte seg på sekundærdata, men inneholdt likevel de variablene vi ønsket å undersøke. Alle variabler var hentet fra Fylkeshelseundersøkelsene som er utarbeidet av Folkehelseinstituttet (Folkehelseinstituttet, 2021), og selv om disse variablene ikke er validert, er det grunn til å anta at spørsmålene har akseptable validitet og reliabilitet. For spørsmål om utdanning, var svaralternativene presisert nøyaktig med begrensede muligheter for å feiltolke. Det ble valgt å benytte variabelen om opplevd økonomisk situasjon fremfor reellinntekt, da tidligere studier har vist at økonomisk tilfredshet også er knyttet til grad av tillit (Hooghe, et al., 2009). Å inkludere både utdanning og opplevd økonomisk situasjon som variabler, ga forhåpentligvis en god indikasjon på sosioøkonomisk posisjon. Likevel var besvarelsen av den digitale

undersøkelsen baseres på skriftlig selvutfylling, og man må derfor alltid ta høyde for at det kan være noe feilrapportering. Spørsmålet som ble benyttet for å måle generell tillit, og som ble målt på en skala fra 0 til 10, er hentet fra European Social Survey, Wave 6 (OECD, 2017).

6.5.3 Databehandling og statistiske tester

Det ble ansett som hensiktsmessig å dikotomisere og kategorisere noen av variablene for videre analyser og fortolkning. Ulempene med dette er at informasjon om variasjon mellom individer kan gå tapt, og det kan være utfordrende å finne en riktig grenseverdi (Rothman, 2012; Skovlund, 2017). Det ble valgt å dikotomisere den generelle tillitsvariabelen med medianen som grenseverdi. Å benytte median som grenseverdi blir ofte ansett som mest hensiktsmessig (Skovlund, 2017). Medianen for generell tillit i denne undersøkelsen stemmer også godt overens med andre studier (Barstad og Sandvik, 2015; Saltkjel og Malmberg-Heimonen, 2014). Tillitsvariablene for den institusjonelle tilliten ble også dikotomisert. Dette kan ha ført til tap av informasjon, ved at det ikke er mulig å svare på om det er gradvise forskjeller mellom de fire svarkategoriene (svært stor, ganske stor, ganske liten, svært liten). En annen variabel som ble dikotomisert var spørsmål om opplevd økonomisk situasjon. Her ble det ansett som mest logisk å skille mellom *vanskelig* (svært vanskelig, vanskelig og forholdsvis vanskelig) og *lett* (forholdsvis lett, lett og svært lett), men også her kan det ha ført til at man har mistet informasjon som kan ligge mellom hver svarkategori.

Målet med regresjonsanalysene var å undersøke forskjeller i grad av tillit mellom grupper med ulike sosiodemografiske variabler, hvor det ble utført separate analyser for hver av de dikotomiserte tillitsvariablene. Det ble valgt å benytte odds ratio (OR) som ble brukt til å bestemme om en bestemt eksponering (sosiodemografisk variabel) er en risikofaktor til et bestemt utfall (grad av tillit). 95 % konfidensintervall ble også regnet ut, hvor lengden på intervallet antydte hvor godt estimatet var. Signifikansnivået for de statistiske testene ble satt til $p \leq 0.05$ (Rothman, 2012). P-verdien påvirkes av utvalgsstørrelsen og variasjoner i utvalget, og jo lavere signifikansnivå man setter, dess større utvalg anbefales det å ha (Baldi og Moore, 2018). I denne studien var utvalget stort, som kan øke den statistiske styrken og redusere faren for å trekke feilaktig statistisk konklusjon (Rothman, 2012). OR ble tolket sammen med konfidensintervallet og p-verdi. Resultatene indikerer at andre forklaringsvariabler i regresjonsanalysene kan være nyttige å se på, da R^2 viste at analysene kunne forklare en moderat grad av variasjonen i tillit. Religion, språk og etnisk tilhørighet eksempler på

konfunderende faktorer som kan påvirke grad av tillit, men som det ikke har blitt undersøkt for på grunn av begrensinger i denne studiens omfang (Navarro-Carillo et al., 2016).

Type-I feil er en statistisk feil som innebærer at man trekker en falsk positiv konklusjon, og forkaster en sann nullhypotese (Baldi og Moore, 2018). Dette betyr at man konkludere med at det er en sammenheng mellom to variabler, når det ikke er det. Type-II feil er det motsatte, og innebærer å feilaktig godta nullhypotesen. Til tross for at det ble funnet p-verdier som var lavere enn signifikansnivået som ble satt, kan det derfor likevel være fare for å trekke en falsk konklusjon. I denne studien var utvalget stort, noe som øker risikoen for at resultatene kan være truet av type-I feil (Baldi og Moore, 2018).

6.5.4 Generaliserbarhet og skjevheter i utvalget

Generaliserbarhet handler om i hvilken grad utvalget representerer populasjonen den er trukket fra, og om resultatene derfor er overførbare til andre lignende populasjoner. Valg av studiepopulasjon og utvalgsstørrelse er vesentlig for generaliserbarheten av forskningsresultatene (Rothman, 2012). Tilrettelegging av utvalget og metode for innsamling av data ble gjennomført av Østfold Fylkeskommune (2019), og utført for å representere Østfolds befolkning best mulig.

En styrke ved utvelgelsen var at det ble benyttet få inklusjonskriterier; deltakerne skulle være mellom 18-79 år og bosatt i Østfold. Det var krav om e-post tilgang, noe som kunne føre til at flere i den eldste delen av befolkningen ikke ble fanget opp, som følge av at de har lavere internetttilgang enn de yngste (Østfold fylkeskommune, 2019). Responsen under datainnsamling var imidlertid høyere i denne aldersgruppen enn blant de yngre, og kompenserte for frafallet under kobling mot e-post. Det antydes likevel at de eldre som har svart, vil kunne avvike noe fra dem som er ekskludert fra deltakelse. Tidligere undersøkelser indikerer at den eldste delen av befolkningen som er på nett, har bedre helse enn de som ikke er tilgjengelig (Østfold Fylkeskommune, 2019). Den endelige responsen utgjorde om lag 18.5 % av de utsendte invitasjonene, noe som er en relativt lav svarprosent og som gjør at det er usikkert om utvalget er representativt for Østfolds befolkning. Men det ble funnet at utvalget stort sett fulgte alders- og kjønnsfordelingen i befolkningen (Østfold fylkeskommune, 2019).

En viktig faktor å passe på i tverrsnittstudier er skjevheter i utvalget som kan komme av frafall (Baldi og Moore, 2018). I denne studien ble 7303 deltakere ekskludert fordi de ikke

hadde besvart spesifikke spørsmål i undersøkelsen. Disse ble fjernet fra utvalget, og dette kan skape utvalgsfeil dersom det gir opphav til skjevheter i resultatfortolkningene (Rothman, 2012). Etter ekskludering satt vi fortsatt igjen med et relativt stort utvalg (n=9255), og det var ikke store prosentvise endringer i fordeling av gruppene med ulike sosiodemografiske variabler. Unntak var at kvinner var noe overrepresentert i det totale utvalget, men i det analytiske utvalget var kjønnsfordelingen relativt lik. Respondenter som opplevde sin økonomiske situasjon som lett (76.8 %) var overrepresentert, i forhold til respondenter som opplevde sin økonomiske situasjon som vanskelig (23.2 %). I analysene ble det tatt hensyn til en skjevfordeling ved å justere for alder, kjønn, opplevd økonomisk situasjon og utdanning. Det er usikkert hvorvidt resultatene fra denne studien kan overføres til andre populasjoner enn Østfolds befolkning. Selv om hensikten var å undersøke befolkningen i Østfold, er det grunn til å tro at generalisering av funnene lar seg gjøre til andre fylker i Norge da de var i tråd med andre undersøkelser på landsbasis.

7 Konklusjon og implikasjoner

Undersøkelsen har vist at det generelt sett var høy vertikal og horisontal tillit i befolkningen i Østfold i 2019. Helsevesenet var den institusjonen flest hadde høy tillit til, og massemedia var den institusjonen færrest hadde høy tillit til. Funnene viste også at det var klare sosiodemografiske forskjeller i grad av tillit og bekreftet en sosial gradient i forekomst av tillit.

Funnene i denne oppgaven bekreftet viktigheten utdanning og inntekt har for betydningen av tillit. Dette er viktig å ta på alvor, da økende heterogenitet i befolkningen kan være en utfordring som kan true tillitsnivået. Økende mistillit til viktige institusjoner kan føre til en utvikling som undergraver demokratiske verdier. Mistillit kan videre ”svække den generelle viljen i samfunnet til å slutte opp om kollektive velferdsordninger” (St.meld. 34 (2012-2013)). Dette kan spesielt ramme grupper med lav sosioøkonomisk posisjon og skape ytterligere sosiale ulikheter (ibid). På bakgrunn av dette er det sannsynlig at det kan være viktig å heve utdanningsnivået i befolkningen, med spesielt fokus på de som står i fare for ingen eller lav utdanning (Andreasson, 2017). I denne oppgaven så det også ut til at også samfunnets institusjonelle trekk påvirker grad av tillit. Dette kan implisere at for å oppnå høy grad av tillit hos hele befolkningen er det viktig med institusjoner som jobber på en rettferdig måte, med høy grad av integritet. I Østfold kan det være behov for strategier som retter seg mot hele den sosiale gradienten, i tillegg til målrettede tiltak mot grupper med lav sosioøkonomisk posisjon. Gjennom velferdsordninger kan en rettferdig inntektsfordeling sikres ved å gi økonomisk trygghet til grupper i samfunnet med særlig behov. Dette kan blant annet bidra til å redusere sosiale helseforskjeller, forbedre folkehelsen samt bygge og vedlikeholde både horisontal og vertikal tillit hos befolkningen, som igjen kan generere sosial kapital i samfunnet.

Det er også grunn til å merke seg funnene fra tilleggsanalysene som viste at det å potensielt ha erfaring med helsevesenet, skolevesenet og NAV var assosiert med lavere grad av tillit til respektive institusjoner. Dette kan tyde på at disse institusjonene bør ha et bevisst forhold til tillitsbyggende arbeid. Det å ha langvarig sykdom eller det å være utenfor arbeidslivet kan være en stor belastning, og kostnad i seg selv som gjør at disse gruppene kan være ekstra sårbare. Sårbare grupper som står ovenfor risiko for å mangle menneskelig eller økonomisk ressurser kan være avhengig av individuell tilrettelegging, og effektive og pålitelige

institusjoner som fremmer likhet, for å bygge tillit. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har blant annet som formål å bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten. Den skal også bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Basert på resultatene i denne studien kan det være grunn til å stille spørsmålsteget ved om loven blir etterfulgt i stor grad.

Resultatene i denne studien var begrenset ved bruken av et tverrsnitts design og longitudinale studier bør gjennomføres for å kunne si noe om mer om årsaksvirkningsammenhenger. Det kan også være hensiktsmessig å undersøke andre aktuelle variabler som kan ha betydning for grad av tillit, siden de sosiodemografiske variablene kun i moderat grad kunne forklare variasjonene i tillit mellom gruppene i denne studien. Det kan også være hensiktsmessig å se etter andre institusjonelle faktorer som kan forklare forskjellene.

Referanser

- Andreasson, U. (2017). *Trust – The Nordic Gold*. København: Nordic Council of Ministers.
- Baldi, B., og Moore, D. (2018) *Practice of Statistics in Life Sciences*. 4. Utgave. Macmillan International Higher Education.
- Barstad, A. og Sandvik, L. (2015). *Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet. En analyse av ulikhet i sosiale relasjoner med utgangspunkt i levekårsundersøkelsene*. Statistisk sentralbyrå. Rapport nr. 52.
- Bourdieu, Pierre (1983). The forms of capital. In J. G. Richardson, *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. 43.
- Brandt, M. J., Wetherell, G. og Henry, P. J. (2015). Changes in Income Predict Change in Social Trust: A Longitudinal Analysis. *Political Psychology*. Vol.36(5) s.761-768.
- Brehm, J. og Rahn, W. (1997). Individual-Level Evidence for the Causes and Consequences of Social Capital. *American Journal of Political Science*. Vol. 42 (3) s.999-1023.
- Carlquist, E. (2015). *Well-being på norsk*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Clench-As, J. og Holte, A. (2021). Political Trust Influences the Relationship Between Income and Life Satisfaction in Europe: Differential Associations With Trust at National, Community, and Individual Level. *Front. Public Health* vol. 9:629118.
- Dahl, R. (1998). *On Democracy*. Yale University Press. New Haven & New York.
- Dahlgren, G. og Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe*. Stockholm: Institute for Future Studies.
- Difi (2019). *Innbyggerundersøkelsen 2019. Hva mener innbyggerne?* Oslo: Direktoratet for forvaltning og ikt.
- Domstolsadministrasjonen (2020). *Høy tiltro til domstolene*. Hentet fra: <https://www.domstol.no/nyheter/hoy-tiltro-til-domstolene/> (Hentet: 28. april 2021).
- Eek, D. og Rothstein, B. (2005). Exploring a Causal Relationship between Vertical and Horizontal Trust. *QOG Working Paper Series*. Vol.12(4).
- Eizenberg, E. og Jahareen, Y. (2017). Social sustainability: A new conceptual framework. *Sustainability*, Vol. 9(1).
- Elgar, F. J. (2010). Income Inequality, Trust and Population Health in 33 Countries. *American Journal of Public Health*. Vol.100(11) s.2311-2315.
- Elgar, F. J., Davis, Christopher G., Wohl, Michael J., Trites, Stephen J., Zelenski, John M.,

- Martin, Michael S. (2011). Social capital, health and life satisfaction in 50 countries. *Health and Place*. Vol.17(5) s.1044-1053.
- Fenton, E. (2011). Mind the Gap: ethical issues of private treatment in the public health system. *The New Zealand Medical Journal*. Vol.124. Nr. 1334.
- FN-sambandet (2020). *FNs verdenserklæring om menneskerettigheter*. Hentet fra: <https://www.fn.no/om-fn/avtaler/menneskerettigheter/fns-verdenserklæring-om-menneskerettigheter> (Hentet: 15. mai 2021).
- FN-sambandet (2021). *FNs bærekraftsmål*. Tilgjengelig fra: <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal> (Hentet: 26. april 2021).
- Folkehelseinstituttet (2007). *Sosial ulikhet i helse. En faktarapport*. Rapport 2007:1. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Folkehelseinstituttet (2018). *Helsetilstanden i Norge 2018*. Rapport 2018. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Folkehelseinstituttet (2019). *Folkehelseprofil for Østfold 2019*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Folkehelseinstituttet (2020a). *Sosialt bærekraftige lokalsamfunn*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/artikler/sosialt-baerekraftige-lokalsamfunn/> (Hentet: 6. april 2021).
- Folkehelseinstituttet (2020b). *Livskvalitet i Norge 2019*. Rapport 2020. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Folkehelseinstituttet (2021). *Fylkehelseundersøkelser*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/div/helseundersokelser/fylkeshelseundersokelser/> (Hentet: 25. mai 2021).
- Folkehelseloven. *Lov 24. juni 2011 nr.29 om folkehelsearbeid*.
- Forskningsetikkloven. *Lov 28. april 2017 nr. 23 om organisering av forskningsetisk arbeid*.
- Fredrickson, B., L. og Carstensen, L., L. (1990). Chosing social partners: How old age and antipated endings make people more selctive. *Psychology & Aging*. Vol.5(3) s.335-347.
- Früh, E. A., Lidén, H. og Kvarme, L. G. (2017). Tillit til velferdstjenester?. *Tidsskrift for velferdsforskning*. Vol.20(3) s.192-208.
- Fugelli, P. (2001). Tillit. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Nr. 30(121) s.3621-3624.
- Goth, U.S. (2014). *Folkehelse i et norsk perspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Haugset, A. S. (2014). *Betydningen av rettferdige og effektive institusjoner for sosial tillit. En flernivåanalyse basert på data fra European Social Survey (ESS)*. Arbeidsnotat 2014:4. Trøndelag Forskning og Utvikling AS.

- Helsedirektoratet (2005). Sosioøkonomiske ulikheter i helse. Teorier og forklaringer. Rapport 2005. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2010). *Sosial kapital. Teorier og perspektiver*. En kunnskapsoversikt med vekt på folkehelse. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2018). *Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling*. Helsedirektoratets innspill til videreutvikling av folkehelsepolitikken. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helseforskningsloven. *Lov 20. juni 2008 nr. 44 om medisinsk helsefaglig forskning*.
- Hjort, P. F. (1982). Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål. I: Lorentzen, P. E., Berge, T. & Åker, J. (red.) *Helsepolitikk og helseadministrasjon*, s. 11-31. Oslo: Tanum-Nordli.
- Hooghe, M., Reeskens, T., Stolle, S. og Trappers, A. (2009). Ethnic Diversity and Generalized Trust in Europe. A Cross-National Multilevel Study. *Comparative Political Studies*. Vol.42(2) s. 198-223.
- Ipsos (2019). *Trust in media*. Ipsos Global Advisor. Hentet fra: <https://www.ipsos.com/nb-no/forbrukere-stoler-mindre-pa-media-mer-pa-personlige-relasjoner> (Hentet: 14. mai 2021).
- Islam, M. K., Merlo, J., Kawachi, I., Lindström, M., Gerdtham, G. (2006). Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review. *International Journal for Equity in Health*. Vol.5(3).
- Kantar TNS (2018). *Politiets innbyggerundersøkelse 2010*. Kantar TNS. Hentet fra: <https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/innbyggerundersokelsen/innbyggerundersokelsen-2018.pdf> (Hentet 25. april 2021).
- Kinge, J. M., Modalsli, J. H., Øverland, S., Gjessing, H. K., Tollånes, M. C., Knudsen, A. K., Skirbekk, V., Strand, B. H., Håberg, S. E., Vollset, S. E. (2019). Association of household income with life expectancy and cause-specific mortality in Norway, 2005-2015. *JAMA*. Vol.321, s.1916-1925.
- Kleven, Ø. (2016). *Tillit til politiske institusjoner. Nordmenn på tillitstoppen i Europa*. SSB, Samfunnsspeilet nr. 2.
- Lang, F., R. og Carstensen, L., L. (2002). Time counts: Future time perspective, goals, and social relationships. *Psychology & Aging*, Vol. 17(1) s.125-139.
- Langhammer, A., K. (2020). *Medietrender 2020 oppsummert*. Kantar AS. Hentet fra: <https://kantar.no/kantar-tns-innsikt/medietrender-2020/> (Hentet: 15. mai 2021).

- Listhaug, O. og Ringdal, K. (2008). Trust in political institutions. Ervasti, H., Fridberg, T og Hjerm, M. (red.), i *Nordic Social Attitudes in a European Perspective* Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing. s.131-151.
- Ljunge, M. (2014). Social capital and political institutions: Evidence that democracy fosters trust. *Economics Letters*. Vol 122 (1) s.44-49.
- Mackenbach, J. P., Kunst, A.E., Groenhof, F., Geurts, J. J. (1997). Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. The EU working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. *Lancet*, 349 s.1655-1659.
- Mackenbach, J. P. (2019). Health inequalities in Europe. How does Norway compare? *Scandinavian Journal of Public Health*. Vol.47 s. 666-671.
- Mansyur, C., Amick, B. C., Harrist, R. B. og Franzini, L. (2008). Social capital, income inequality, and self-rated health in 45 countries. *Social Science & Medicine*. Vol.66(1) s.43-56.
- Marmot, M. (2017). Social justice, epidemiology and health inequalities. *European Journal of Epidemiology*. Vol. 32 s.537-546.
- Medietilsynet (2019). *Kritisk medieforståelse i den norske befolkningen*. Hentet fra: <https://www.medietilsynet.no/om/aktuelt-2019/atte-av-ti-har-tillit-til-norske-medier/> (Hentet: 30. april 2021).
- Mitchell, R. M., Kensler, L. og Tschannen-Moran, M. (2018). Student trust in teachers and student perceptions of safety: positive predictors of student identification with school. *International Journal of Leadership in Education*. Vol.21(2) s.135-154.
- Navarro-Carrillo, G., Valor-Segura, I., og Moya, M. (2016). Do you Trust Strangers, Close Acquaintances, and Member of Your Ingroup? Differenced in Trust Based on Social Class in Spain. *Social Indicators Research*. Vol. 135 s.585-597.
- Nes, R. B., Hansen, T. og Barstad A. (2018). *Livskvalitet. Anbefalinger for et bedre målesystem*. Helsedirektoratet: Oslo.
- Nieminen, T., Martelin, T., Koskinen, S., Aro, H., Alanen, E., Hyyppä M.T. (2010). Social capital as a determinant of self-rated health psychological well-being. *International Journal of Public Health*. Vol. 55 (6) s. 531-542.
- Norges domstoler (2021). Bakgrunn og historie. Hentet fra: <https://www.domstol.no/om-domstolene/de-alminnelige-domstolene/domstolenes-uavhengighet/> (Hentet: 27. april 2021).
- Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, NMBU (2018). *NMBUs retningslinjer for Handtering av forskningsdata*. Hentet fra:

- <https://www.nmbu.no/forskning/forskere/forskningsdata/node/4841> (hentet 20.april 2021).
- NSD, Norsk Senter for Forskningsdata. (2019). *Meld prosjekt*. Tilgjengelig fra: https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/index.html (Hentet: 6. oktober 2020)
- OECD (2017). *OECD Guidelines on Measuring Trust*. Paris: OECD Publishing.
- Olaussen, L. P. (2005). Folks tillit og medvirkning i domstolene. *Tidsskrift for strafferett*. nr.5. s.119-143.
- Opinion (2021). *Rekordhøy tillit til testkapasitet og helsevesenet*. Norsk koronamonitor fra Opinion. Hentet fra: <https://opinion.no/2021/01/rekordhoy-tillit-til-testkapasiteten-og-helsevesenet/> (Hentet: 21. mai 2021).
- Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov 2.juli 1999 nr.63 om pasient- og brukerrettigheter*.
- Poortinga, W. (2012). Community resilience: The role of bonding, bridging, and linking aspects of social capital. *Health and place*. Vol.18 s. 286-295.
- Putnam, R. D. (1993). *Making Democracy Work: Civic traditions in modern Italy*. Princeton: Princeton University Press.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling Alone: the Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon and Suster.
- Rawls, J. (2020). *A theory of justice*. Harvard University Press.
- Regjeringen (2020). *Kommunereform*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunereform/id751048/> (Hentet: 17. januar 2021).
- Regjeringen (2021). *Likestilling og inkludering*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/likestilling-og-inkludering/id922/> (Hentet: 19. mai 2021).
- Ringard, Å., Mørland, B. og Røttingen, J-A. (2010). Åpne prosesser for prioritering. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*. Vol.130(22) s.2264-2266.
- Ringard, Å., Sagan, A., Sperre Saunes, I., Lindahl, A, K. (2013). Norway: Health system review. *Health System in Transition*. Vol 15(8) s.1-162.
- Rothman, K. J. (2012). *Epidemiology - An Introduction*. Oxford University Predd. 2.utgave.
- Rothstein, B. og Stolle, D. (2002). The State and Social Capital: An Institutional Theory of Generalized Trust. *Comparative Politics*. Vol. 40(4).
- Saglie, J. og Seegard, S. B. (2020). Lokaldemokratiets legitimitet – tillit, deltakelse og ulikhet, i Seegard, S., B. (red.) *Det norske lokaldemokratiets legitimitet. Tillit, deltakelse og ulikhet*. Institutt for samfunnsforskning. Oslo.

- Saltkjel, T. og Malmberg-Heimonen, I. (2014). Social inequalities, social trust and civic participation – the case of Norway. *European Journal of Social Work*. Vol. 17(1) s.118-134.
- Schyns, P. og Koop, C. (2010). Political Distrust and Social Capital in Europe and the USA. *Social Indicators Research*. Vol.96 s.145-167.
- Skovlund, E. (2017). Dikotomisering av målevariabler – hva er prisen? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Vol.137(23/24).
- St.meld. nr. 13 (2018-2019). *Muligheter for alle – Fordeling og sosial bærekraft*.
- St.meld. nr. 19 (2018-2019). *Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn*.
- Stephany, F. (2017). Who are Your Joneses? Socio Specific Income Inequality and Trust. *Social Indicators Research*. Vol.143 s.877-898.
- Sund, E., R. (2010). *Sosial kapital: Teorier og perspektiver: En kunnskapsoversikt med vekt på folkehelse*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Szeter, S. og Woolcock, M. (2004). Health by association? Social capital, social theory and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology*. Vol.33 s.65-557.
- Sønderskov, K. M. og Dinesen, P. T. (2016). Trusting the State, Trusting Each Other? The Effect of Institutional Trust on Social Trust. *Political Behavior*. Vol.38 s.179-202.
- Tan, S. J. og Tambyah, K, S. (2011). Generalized Trust and Trust in Institutions in Confucian Asia. *Social Indicators Research*. Vol. 103 s.357-377.
- The World Medical Association, WMA. (2018). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects*. Tilgjengelig fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects> (Hentet: 11. oktober 2020).
- Thorgersen, A. (2017). Digitale tjenester og brukernes tillit til NAV. *Arbeid og Velferd* nr. 3. Hentet fra: https://arbeidogvelferd.nav.no/asset/2017/3/Arbeid_og_velferd-2017-03_art-6.pdf (Hentet: 26.april 2021).
- U.K. Whitepaper (2003). *Sustainable Communities: Building for the Future*. London: Office of the Deputy Prime Minister.
- Uslaner, E. M. (2002). *The Moral Foundations of Trust*. Cambridge University press.
- Wang, X. og Cheng, Z. (2020). Cross-Sectional Studies: Strengths, Weakness, and Recommendations. *CHEST*. Vol.158(1) s.65-71.
- Webb, P., Bain, C., Page, A. (2017). *Essential Epidemiology: an Introduction for Students and Health Professionals*. 3.utgave. Cambridge University press.

- Whitehead, M. og Dahlgren, G. (1991). What can we do about inequalities in health. *The Lancet*. 338 s. 1059-1063.
- Wollebæk, D. og Seggaard, S. B. (2011). *Sosial kapital i Norge*. 1.utgave. Oslo: Cappelen Damm.
- WHO, World Health Organization (1946). *Constitution*. Hentet fra: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution> (Hentet 20.januar 2021).
- WHO, World Health Organization (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Hentet fra: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference> (Hentet: 18. januar 2021).
- Yang, S. (2019). Does education foster trust? Evidence from compulsory schooling reform in the UK. *Economics of Education Review*. Vol 70. s.48-60.
- Østfold Fylkeskommune (2019). *Oss i Østfold 2019. Befolningskartlegging*. Sarpsborg: Østfold Fylkeskommune.

Østfold fylkeskommune

Befolkningkartlegging

OSS I ØSTFOLD 2019



Om undersøkelsen

Innhold

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

1. INNLEDNING

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

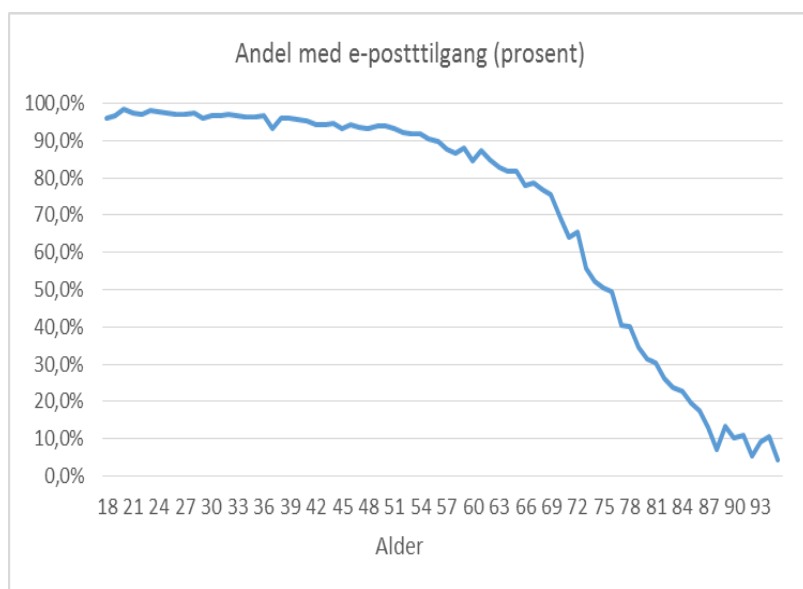
2. MÅLGRUPPE

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

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

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

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



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

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

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

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

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

3. BRUTTO UTVALG

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

Utvalgsstørrelse

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Utvalgssammensetning

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

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

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

Bruttoutvalgets sammensetning etter kjønn og alder er som følger, når vi tar høyde for informasjonen i de respektive 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 Folkeregisteret. Det endelige folkeregisterutvalget er i det store og hele i tråd med bestillingen, samtidig som enkelte av de yngste under 35 år faller fra da det ikke er befolkningsgrunnlag for å fylle disse kategoriene.
- Frafallet etter E-postkoplingen hos KRR tilskrives i det vesentligste de eldste over 67 år, som følge av manglende registrering, dels fordi de er uten nettilgang.

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

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

4. METODE

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

Web-skjema

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

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

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

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

5. DATAINNSAMLING

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

Gjennomføring

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

Responsmotivasjon

Følgende tiltak ble iverksatt for å stimulere deltakelse:

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

⁶ Kopi av spørreskjemaet finnes vedlagt.

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

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

Respons og frafall

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

Tabell V1.3 Respons og frafall. Antall.

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

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

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

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

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

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

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

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

6. NETTO UTVALG

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

Utvalsrepresentativitet

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

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

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

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

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

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

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

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

Vekting av netto utvalg

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

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

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

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

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

¹⁰ For komplett utvalgsfordeling på kommunenivå, se Vedlegg 2.

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

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

Statistisk usikkerhet

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

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

A. Hele fylket

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

B- Kommune med 500 respondenter

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

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

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

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

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

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

Vedlegg 1: Spørreskjema

E-POSTINVITASJON

Emnefelt i e-post

Befolkningsundersøkelsen 'Oss i Østfold 2019'

E-posttekst

Velkommen til folkehelseundersøkelsen – Oss i Østfold 2019

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

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

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

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

Spørreskjemaet finner du her [URL]_____

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

Mer informasjon om undersøkelsen finner du på disse sidene:

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

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

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

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

Med vennlig hilsen

Folkehelseteamet i Østfold fylkeskommune

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

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

Personvern – oppbevaring av opplysninger

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

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

Anvendelse av informasjon

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

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

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

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

Q001 - Q001: Helsen din

Single coded

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

HELSEN DIN

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

Normal

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

Q002 - Q002: Helsen din

Single coded

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

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

Normal

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

Q003 - Q003: Helsen din

Single coded

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

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

Normal

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

Ask only if **Q003 - Q003,1****Q004 - Q004: Helsen din**

Single coded

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

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

Normal

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

Q005 - Q005: Helsen din

Matrix

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

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

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

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

Q006 - Q006: Helsen din

Single coded

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

Hvordan vurderer du tannhelsen din?

[Normal](#)

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

Q007 - Q007: Helsen din

Single coded

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

Når var du sist hos tannlege?

[Normal](#)

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

Q049 - Q049: Arbeid

Single coded

[Answer not required | Not back](#)

ARBEID

Hva er din nåværende hovedaktivitet?

Normal

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

Q008 - Q008: Arbeid

Single coded

[Not back](#)

Hvordan vurderer du arbeidsevnen din i forhold til din helsetilstand?

Normal

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

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

Q009 - Q009: Arbeid

Single coded

[Answer not required | Not back](#)

Hvordan vil du beskrive arbeidet ditt?

Normal

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

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

Q010 - Q010: Arbeid

Matrix

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

Hvor sjelden eller ofte forekommer følgende forhold i arbeid ditt?

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

[Rendered as Dynamic Grid](#)

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

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

Q011 - Q011: Arbeid

Matrix

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

Hvor sjelden eller ofte skjer følgende i arbeidssituasjonen din?

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

[Rendered as Dynamic Grid](#)

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

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

Q012 - Q012: Arbeid

Matrix

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

Hvor enig eller uenig er du i følgende:

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

[Rendered as Dynamic Grid](#)

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

Q013 - Q013: Kosthold og levevaner

Matrix

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

KOSTHOLD OG LEVEVANER

Hvor ofte...?

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

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

Q014 - Q014: Levevaner

Single coded

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

Røyker du?

[Normal](#)

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

Q015 - Q015: Levevaner

Single coded

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

Snuser du?

[Normal](#)

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

Q016 - Q016: Levevaner

Single coded

[Not back](#)

Hvor ofte drikker du alkohol?

[Normal](#)

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

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

Q017 - Q017: Levevaner

Single coded

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

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

[Normal](#)

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

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

Q018 - Q018: Levevaner

Single coded

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

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

[Normal](#)

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

Q019 - Q019: Levevaner

Matrix

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

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

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

[Rendered as Dynamic Grid](#)

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

Q020 - Q020: Fysisk aktivitet

Single coded

[Not back](#)

FYSISK AKTIVITET

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

[Normal](#)

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

Ask only if Q020 - Q020,1

Q021 - Q021: Fysisk aktivitet

Single coded

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

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

Normal

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

Q022 - Q022: Støtte

Single coded

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

STØTTE

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

Normal

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

Q023 - Q023: Støtte

Single coded

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

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

Normal

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

Q024 - Q024: Støtte

Single coded

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

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

Normal

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

Q025 - Q025: Støtte

Single coded

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

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

Normal

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

Q026 - Q026: Støtte

Single coded

[Not back](#)

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

Normal

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

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

Multi coded

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

Hvorfor deltar du ikke?

Flere svar mulig

Normal

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

Q028 - Q028: Støtte

Matrix

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

Hvor stor eller liten tiltro har du til følgende institusjoner:

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

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

Q029 - Q029: Nærområdet

Single coded

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

NÆROMRÅDE

Hvordan trives du i nærmiljøet ditt?

[Normal](#)

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

Q030 - Q030: Nærområdet

Matrix

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

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

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

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

Q031 - Q031: Nærområdet

Matrix

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

Opplever du at det er enkelt for deg:

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

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

Q032 - Q032: Nærområdet

Multi coded

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

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

Maksimum 4 svar

[Normal](#)

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

Scripter notes: Maksimum 4 svar

Q033 - Q033: Nærområdet

Single coded

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

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

[Normal](#)

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

Q034 - Q034: Nærområdet

Single coded

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

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

Normal

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

Q035 - Q035: Nærområdet

Single coded

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

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

Normal

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

Q036 - Q036: Nærområdet

Single coded

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

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

Normal

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

Q037 - Q037: Nærområdet

Matrix

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

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

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

[Rendered as Dynamic Grid](#)

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

Q038 - Q038: Nærområdet

Matrix

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

Hvor enig eller uenig er du i påstandene nedenfor?

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

[Rendered as Dynamic Grid](#)

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

Q039 - Q039: Nærområdet

Matrix

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

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

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

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

Q041 - Q041: Nærområdet

Single coded

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

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

[Normal](#)

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

Q042 - Q042: Nærområdet

Single coded

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

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

[Normal](#)

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

Q043 - Q043: Nærområdet

Matrix

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

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

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

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

Q044 - Q044: Nærområdet

Matrix

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

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

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

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

Q048 - Q048: Bakgrunn

Single coded

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

Hva er din høyeste fullførte utdanning?

Normal

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

Q050 - Q050: Bakgrunn

Single coded

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

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

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

Normal

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

Q051 - Q051: Bakgrunn

Single coded

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

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

Normal

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

Q052 - Q052: Bakgrunn

Single coded

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

Eier eller leier du boligen din?

Normal

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

Q053 - Q053: Bakgrunn

Single coded

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

Er du gift/samboer eller enslig?

Normal

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

Q054 - Q054: Bakgrunn

Numeric

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

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

999 Ønsker ikke svare *Fixed *Exclusive

Q055 - Q055: Bakgrunn

Numeric

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

Hvor mange personer under 18 år bor i husstanden din?

999 Ønsker ikke svare *Fixed *Exclusive

Q056 - Q056: Bakgrunn

Numeric

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

Hvor høy er du?

Oppgi i cm.

999 Ønsker ikke svare *Fixed *Exclusive

Q057 - Q057: Bakgrunn

Numeric

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

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

Oppgi i kg.

999 Ønsker ikke svare *Fixed *Exclusive

Q058 - Q058:

Text

[Not back](#)

Tusen takk for at du fylte ut skjemaet!

Q059 - Q059:

Single coded

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

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

Normal

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



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

Postboks 5003
NO-1432 Ås
Norway